Aus dem Engeriedspital Bern
Arbeit unter der Leitung von Prof. Dr. med. F. Ludwig

Die Unterbrechung der Schwangerschaft nach Art. 120 des Schweiz. Strafgesetzbuches

(Verwertung der medizinischen und statistischen Erfahrungen aus dem Jahre 1942, mit spezieller Berücksichtigung des Kantons Bern)

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der Würde eines Doctor medicinae

der Universität Bern

vorgelegt von

HANS BALMER

von Laupen

1944

Verlag von S. Karger in Basel

Auf Antrag des Herrn Prof. Dr. med. F. Ludwig von der medizinischen Fakultät zum Druck als Dissertation genehmigt.

Bern, den 28. Juni 1944.

Der Dekan der med. Fakultät
Prof. Dr. med. E. Glanzmann

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Sonderdruck aus „Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie"
Vol. 117, No. 4/5 und 6.

Inhaltsverzeichnis.

Vorwort 202

Einleitung 202

Die straflose Unterbrechung der Schwangerschaft — rechtlich gesehen 205

I. Die Regelung in der Schweiz vor Inkrafttreten des neuen Str. G. B. 205

II. Die Regelung in der Schweiz nach Inkrafttreten des neuen Str. G. B. 208

III. Interpretation des Art. 120 208

IV.—IX. Die Regelungen im Ausland 211

Statistisches über die Anzahl der Schwangerschaftsunterbrechungen in den einzelnen Kantonen und über die Art der Ausführungsbestimmungen zu Art. 120 214

Statistisches aus dem Kanton Bern 223

Die einzelnen Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft 227

I. Verdauungstraktus und Verdauungsdrüsen . . . 227

II. Respirationstraktus 228

III. Nieren und Harnwege 229

IV. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe 231

V. Geburtshilfe und Gynäkologie 232

VI. Schwangerschaftstoxikosen 235

VII. Zirkulationsorgane 238

VIII. Chirurgie (Bewegungsapparat) 241

IX. Drüsen der inneren Sekretion 281
X. Haut- und Geschlechtskrankheiten 284
XI. Augenkrankheiten 284
XII. Neurologie 284
XIII. Psychiatrie 285
XIV. Oto-Rhino-Laryngologie 286
XV. Andere Affektionen 287
XVI. Lungentuberkulose 287
XVII. Tuberkulosen anderer Organe 290

Zusammenfassung 292
Literaturverzeichnis 295

Vorwort.

Es war mir die Aufgabe gestellt, die Auswirkungen des Art. 120 des neuen schweizerischen Strafgesetzbuches, der bekanntlich die straflose Unterbrechung der Schwangerschaft behandelt, zu untersuchen.

In Frage kam vor allem eine möglichst weitgehende Untersuchung der Verhältnisse der ganzen Schweiz im Jahre 1942, dem Jahre des Inkrafttretens des neuen Strafgesetzes. Dann sollten die medizinischen Indikationen zur Unterbrechung gestützt auf heute vorherrschende wissenschaftliche Ansichten kritisch beleuchtet werden, in der Erkenntnis, daß die Beurteilung der Schwangerschaftsfähigkeit eine äußerst schwierige und verantwortungsvolle Aufgabe ist, mit der sich der Arzt heute beschäftigen muß, da der Gesetzgeber damit einen Entscheid über Leben und Tod eines zukünftigen Menschen und Staatsbürgers in die Hände des Mediziners gelegt hat.

Dabei wollen wir uns im klaren sein, daß weniger die moralisch-ethischen, als besonders die medizinischen Ansichten über die Frage in steter Wandlung begriffen sind, und daß nur eine objektive, gründliche Untersuchung eines jeden einzelnen Falles mit weitgehender Hintansetzung von religiösen oder moralischen Einstellungen dem Buchstaben des Gesetzes, an das wir nun einmal gebunden sind, möglichst gerecht werden kann.

Einleitung.

Die Frage des künstlichen Abortes hat von jeher die Völker beschäftigt, sobald sie eine gewisse kulturelle Höhe erreicht hatten. Sie hat nicht nur den einzelnen Menschen, son-

dern immer auch den Staat und die Kirche stark interessiert. Ich lasse hier bewußt die geschichtliche Entwicklung der Frage, die schon so oft aufgegriffen worden ist, aus dem Spiele. Dagegen muß ich doch kurz auf die heutige allgemeine Einstellung zum künstlichen Abort zu sprechen kommen, weil sich diese jeweilige Einstellung der Patientin oder besonders des Arztes praktisch, wie wir später sehen werden, enorm auswirkt.

Auf der einen Seite haben wir das eine Extrem, das jede künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft ablehnt. Es wird fast ausschließlich durch religiöse Anschauungen und Empfindungen unterstützt, es bewertet das Leben des Kindes höher als das der Mutter und stützt sich vor allem auf das Gebot: „Du sollst nicht töten". Der gewaltigste und einflußreichste Vertreter dieser Richtung ist heute die römisch-katholische Kirche. Verbindlich ist für sie die Enzyklika casti connubii des Papstes Pius XI., welche sagt (Winter): „Wir empfinden es mit, daß mancher Mutter aus der Erfüllung ihrer Mutterpflichten große Gefahren für die Gesundheit oder für das Leben entstehen, aber welcher Grund kann jemals ausreichen, um die direkte Tötung eines Unschuldigen zu rechtfertigen? Denn darum handelt es sich hier. Mag man die Mutter oder das Kind töten, es ist gegen Gottes Gebot und die Stimme der Natur: du sollst nicht töten".

An diese Enzyklika ist der katholische Arzt heute gebunden, und es ist ihm demnach verboten, eine Schwangerschaftsunterbrechung vorzunehmen, welche die direkte Tötung des Foetus bezweckt. Dagegen wird heute darauf hingewiesen, daß eine „indirekte" Tötung, d. h. ein Eingriff, welcher wohl die Beseitigung der Schwangerschaft als Ursache der Lebensgefahr verlangt (Hyperemesis), den eventuellen Tod der Frucht aber hinnimmt, von diesem Verbot nicht berührt wird *(Schneider)*.

Es ist nicht zu verkennen, daß die katholische Kirche mit dieser Fassung der Frage eine gewaltige Tat vollbracht hat, man kann das auch feststellen, ohne mit dem Inhalt einverstanden zu sein. Die breite Masse eines Volkes ist an dem Problem sicher nicht interessiert, höchstens derjenige beschäftigt sich damit, der davon betroffen wird, und wie wird dieser Betroffene entscheiden? Seine Überlegungen werden immer von seinen Wünschen geleitet werden, d. h. in der

Mehrzahl der Fälle würde er das nächstliegende tun, nämlich die Schwangerschaft, die ihm aus irgendwelchen Gründen unangenehm ist, unterbrechen lassen. Diesem Egoismus des Einzelnen, seiner vielleicht auch kurzsichtigen Ratio, und denjenigen Denkern und Politikern, welche daraus Kapital schlagen wollten, hat die katholische Kirche etwas entgegengestellt, das nicht beseitigt, und weil schon irrational, auch nicht diskutiert werden kann, nämlich den Glauben.

Für den jüdischen Glauben sollen nach *Heilbronn* die Richtlinien im Talmud gegeben sein. Darnach ist das Leben der Mutter, weil „sicher-lebend", wertvoller als das des Kindes, das „zweifelhaft" ist. Daher kann die Leibesfrucht dann getötet werden, wenn das Leben und die Gesundheit der Mutter durch die Schwangerschaft in ernstliche Gefahr geraten.

Die evangelisch-protestantische Kirche dagegen hat nie zu der Frage Stellung genommen.

Das andere Extrem, das den künstlichen Abort vollständig freigeben will, darf heute wahrscheinlich als überlebt gelten. Es wurde vertreten durch eine rein materialistisch denkende Richtung vor allem politischer Natur. Sein Einfluß ist auch heute noch sehr groß, und es lebt in abgeschwächter Form weiter bei all denjenigen, welche eine Unterbrechung der Schwangerschaft bei der kleinsten Gesundheitsgefährdung der Frau verlangen.

Wenn jetzt die vollständige Freigabe des künstlichen Abortes nicht mehr postuliert wird, so ist das nicht darauf zurückzuführen, daß die rein materialistisch gerichteten Geistesströmungen Fiasko erlitten haben, sondern weil die Ergebnisse dort, wo das Experiment durchgeführt wurde, sich gegen die Interessen der Postulanten wandten. So ging es in Rußland *(Mayer),* das bald seine einschlägigen Gesetzesbestimmungen einschränken mußte, weil die erfolgte Schädigung der Volksgesundheit (Dysmenorrhoe, Sterilität, Endometritis, Adnexitis, schwere psychische Folgezustände) und Volksmoral seiner Bevölkerungspolitik diametral widersprach. *Philipp* glaubt, daß 8—10 % der Frauen nach Abortus artificialis definitiv steril bleiben und weitere 10—15 % eine veränderte, meist als krankhaft empfundene Funktion der Geschlechtsorgane erleiden.

Ganz extrem war der Umschwung in Deutschland, das gegenwärtig die Indikationen für die Interruptio sehr stark

einengt und großen Wert auf die Erhaltung des Nachwuchses legt. So schätzt *Philipp* die Zahl der Fehlgeburten in Deutschland heute auf zirka 220 000 jährlich gegenüber 660 000 vor dem Umbruch.

Für den schweizerischen Arzt liegen die Verhältnisse anders, vielleicht weniger einfach. Er hat sich zwar nur an das Gesetz, sein ärztliches Wissen und menschliches Gewissen zu halten, sein Entscheid muß aber für jeden Fall selbst möglichst optimal sein, während der Arzt in Deutschland im Zweifelsfalle zugunsten der Landesinteressen, d. h. zugunsten des Kindes entscheiden kann.

Wir haben in der Schweiz auch nur die *medizinische* Indikation anerkannt, und das sicher mit einiger Berechtigung. Denn die *soziale* Indikation spielt leider ohnehin noch genügend in die medizinische hinein und sollte im übrigen durch andere Maßnahmen als die Interruptio angegangen werden. Die *eugenische* Indikation ist zum Teil wissenschaftlich noch zu wenig abgeklärt, zum Teil widerspricht sie unserem Rechtsempfinden. Die sog. *humanitären* oder *juristischen* Indikationen (Notzucht usw.) kommen praktisch außerordentlich selten vor und könnten leicht zu Mißbräuchen Anlaß geben; im schlimmsten Falle steht dann immer noch der Weg der psychiatrisch-medizinischen Begutachtung offen.

Die straflose Unterbrechung der Schwangerschaft — rechtlich gesehen.

I. Die Regelung in der Schweiz vor Inkrafttreten des schweizerischen Str. G. B.

Wenn wir untersuchen, wie die Unterbrechung der Schwangerschaft in den kantonalen Strafgesetzen geordnet war, so müssen wir sagen, daß die Regelung überall mehr oder weniger ungenügend und unbefriedigend war.

Es kann sich im Rahmen dieser Arbeit nicht darum handeln, die Verhältnisse im einzelnen Kanton einer eingehenden Prüfung zu unterziehen. Immerhin kann man aber drei Hauptgruppen von Kantonen aufstellen, und diese Gruppen unterscheiden sich in ihrer Auffassung über die sog. medizinische Indikation einigermaßen. Es lassen sich hiebei gewisse territoriale Zusammenhänge, besonders was die romanischen Gebiete der Schweiz angeht, nicht übersehen.

1. Zuerst betrachten wir die erste Gruppe, die den Ärzten, Apothekern, Hebammen usw. besondere Erwähnung tut: Aargau, Neuenburg, Schaffhausen und Wallis gehören dazu. In den neueren Strafgesetzen dieser Kantone werden die Strafandrohungen für die Unterbrechung der Schwangerschaft durch Ärzte usw. *verschärft*. Das Gesetz richtet sich also gerade gegen den Stand, der durch die heutige gesetzliche Regelung der Frage allein unter besonderen Umständen berechtigt ist, eine Unterbrechung der Schwangerschaft ohne Strafe vorzunehmen. Dadurch, daß man die Strafandrohungen für Personen, die zur Unterbrechung ihres Berufes wegen besonders prädestiniert waren, heraufsetzte, wollte man ganz offenbar den Eingriff überhaupt und unter allen Umständen verhindern. Daß man damit zugleich die zu diesem — wenn er schon vorgenommen wurde — allein geeigneten Leute traf und damit der für die Patienten so gefährlichen Pfuscherei Vorschub leistete, ist klar.

Der Kanton Aargau, der in Art. 124 seines Gesetzes vorschreibt, daß der Richter nicht unter die mittlere Strafdauer hinabgehen dürfe (zwei Jahre Zuchthaus im Minimum), wenn der Arzt die Unterbrechung vornehme, scheint uns noch milde. Neuenburg, Schaffhausen und Wallis waren in der Fassung ihrer Gesetze von eherner Strenge. Das Beispiel des Wallis, wie es dessen Str. G. B. in Art. 236 zeigt, ist aufschlußreich: „Les gens de l'art tels que médecins, chirurgiens, pharmaciens, sages-femmes, qui auront sciemment indiqué ou administré les moyens qui auront procuré l'avortement seront punis par une réclusion de deux à huit ans, et, de plus, par l'interdiction de leurs professions pendant cinq ans au moins et douze ans au plus".

Die Kantone Waadt, Freiburg, Tessin und Genf nehme ich bewußt nicht in diese erste Gruppe auf — obschon auch sie die Strafe für Medizinalpersonen heraufsetzen —, weil die *Tendenz* der Strafbestimmungen dieser Kantone, soweit sie die Ärzte betrifft, sich wesentlich von der in dieser ersten Gruppe umschriebenen unterscheidet.

2. Die zweite Gruppe von Kantonen, die weitaus größte an der Zahl, spricht in ihren Gesetzen überhaupt nicht, weder direkt noch indirekt, von den Ärzten. Ihre Strafbestimmungen, die jede Unterbrechung bestrafen, gelten also theoretisch für jedermann gleich. Auch diese Lösung konnte nicht

befriedigen. Immerhin ließ sie gewisse Lockerungen zu. Dem heute geltenden Prinzip der straflosen Unterbrechung durch Ärzte konnte die *Praxis* näher kommen. Denn weil über diese medizinische Indikation im Gesetze nichts stand, gingen die Richter mit der Zeit von selbst dazu über, freizusprechen, sobald die Unterbrechung der Schwangerschaft von einem Arzte unternommen und zum Schutze des Lebens der Mutter ausgeführt worden war.

Die bernische Praxis z. B. ging so weit, daß gegen einen Arzt kein Verfahren eröffnet wurde, sobald die Bestätigung eines Kollegen über die Notwendigkeit des Eingriffes vorgewiesen werden konnte.

3. Die dritte Gruppe in unserer Zusammenstellung ist endlich jene, die in den kantonalen Strafgesetzen den heutigen Verhältnissen und der gegenwärtigen gesetzlichen Regelung am nächsten kommt. Es gehören ihr die Kantone Waadt, Freiburg, Tessin, Genf und — allerdings nur in einem Entwurf — auch Neuenburg an.

Hier wird eine indirekte Möglichkeit der straflosen Schwangerschaftsunterbrechung anerkannt. Wenn nämlich das Leben der Mutter in Gefahr ist und durch den Eingriff des Arztes gerettet werden kann, soll dieser nicht bestraft werden. Dies kommt z. B. in Art. 138 des freiburgischen Strafgesetzes klar zum Ausdruck: „Les médecins, pharmaciens, sages-femmes qui, hors le cas où cela est nécessaire pour sauver la vie de la mère etc.... sont punis etc....".

Dem Sinne nach gleich lauten die Bestimmungen der andern Kantone dieser Gruppe. Eine Ausnahme macht nur Genf, das in Art. 272 — weitergehend — erklärt: „...hors le cas où la science médicale exige l'emploi d'un de ces moyens pour éviter un mal plus grand... sont punis etc.".

Es ist einleuchtend, daß zwar dieser Passus ziemliche Freiheit läßt — dem Texte nach die größte unter allen kantonalen Strafgesetzen —, aber auf der andern Seite ist die Vermutung nicht von der Hand zu weisen, daß gerade Genf wegen dieser „Freiheit" zu dem berühmten Zentrum für Abtreibungen wurde.

Es ist klar, daß gerade auf diesem Gebiete des Strafrechtes die kantonalen Regelungen ohne Ausnahme nach einer klareren und besseren Lösung riefen. Wie diese gefunden wurde, wollen wir im Folgenden untersuchen.

II. Die Regelung in der Schweiz nach Inkrafttreten des schweizerischen Str. G. B.

Art. 120.

Straflose Unterbrechung der Schwangerschaft (M).

1. Eine Abtreibung im Sinne dieses Gesetzes liegt nicht vor, wenn die Schwangerschaft mit schriftlicher Zustimmung der Schwangeren infolge von Handlungen unterbrochen wird, die ein patentierter Arzt nach Einholung eines Gutachtens eines zweiten patentierten Arztes vorgenommen hat, um eine nicht anders abwendbare Lebensgefahr oder große Gefahr dauernden schweren Schadens an der Gesundheit von der Schwangeren abzuwenden.

Das in Absatz 1 verlangte Gutachten muß von einem für den Zustand der Schwangeren sachverständigen Facharzt erstattet werden, der von der zuständigen Behörde des Kantons, in dem die Schwangere ihren Wohnsitz hat oder in dem der Eingriff erfolgen soll, allgemein oder von Fall zu Fall ermächtigt ist.

Ist die Schwangere nicht urteilsfähig, so ist die schriftliche Zustimmung ihres gesetzlichen Vertreters erforderlich.

2. Die Bestimmungen über den Notstand (Art. 34, Ziff. 2) bleiben vorbehalten, soweit eine unmittelbare, nicht anders abwendbare Lebensgefahr oder große Gefahr dauernden schweren Schadens an der Gesundheit der Schwangeren besteht, und die Unterbrechung durch einen patentierten Arzt vorgenommen wird.

Der Arzt hat in solchen Fällen innert 24 Stunden nach dem Eingriff Anzeige an die zuständige Behörde des Kantons, in dem der Eingriff erfolgte, zu erstatten.

3. In den Fällen, in denen die Untersuchung der Schwangerschaft wegen einer andern schweren Notlage der Schwangeren erfolgt, kann der Richter die Strafe nach freiem Ermessen mildern (Art. 66).

4. Art. 32 findet nicht Anwendung.

III. Interpretation des Art. 120.

Ich habe mich dabei vorzüglich des Kommentars zum schweizerischen Str. G. B. von Thormann und von Overbeck bedient.

1. *Zu Ziff. 1.*

Unter folgenden Voraussetzungen wird die Unterbrechung der Schwangerschaft für straflos erklärt:

a) Die Schwangere muß ausdrücklich ihre Zustimmung gegeben haben. Um nachträglichen Beweisschwierigkeiten zu entgehen, wurde hier die schriftliche Form, im Falle der Urteilsunfähigkeit der Schwangeren die schriftliche Zustimmung des gesetzlichen Vertreters, verlangt.

b) Der Eingriff muß durch die Tätigkeit eines patentierten Arztes erfolgen. Damit wollte man zum Heile der Schwangeren jede Pfuscherei ausschalten.

c) Ein zustimmendes Gutachten eines zweiten patentierten Arztes ist nötig, und zwar — nach dem Wortlaut des Gesetzes — „eines für den Zustand der Schwangeren sachverständigen Facharztes". Dieser Arzt kann nicht frei gewählt werden. Er muß vielmehr von der zuständigen Behörde des Kantons, in dem die Schwangere ihren Wohnsitz hat, oder in dem der Eingriff erfolgen soll, allgemein oder von Fall zu Fall zur Abgabe solcher Gutachten ermächtigt sein.

Die Kantone bestimmen, welche Behörde hiezu zuständig ist (z. B. Sanitätsdirektion oder eine andere höhere Verwaltungsabteilung) und ob ein oder mehrere Ärzte (Amtsärzte) diese Ermächtigung allgemein oder bloß von Fall zu Fall erhalten.

Mit dieser Vorschrift wollte man Gefälligkeitsgutachten verunmöglichen und die strenge Beachtung der medizinischen Indikation erzwingen.

d) Die medizinische Indikation besteht endlich darin, daß die Unterbrechung der Schwangerschaft nur vorgenommen werden darf, „um eine nicht anders abwendbare Lebensgefahr oder große Gefahr dauernden schweren Schadens an der Gesundheit von der Schwangeren abzuwenden".

Gewöhnliche Risiken, wie sie jede Geburt mit sich bringt, gelten also nicht. Ferner muß die Gefahr für das Leben und die Gesundheit der Schwangeren durch nichts als die Unterbrechung der Schwangerschaft abwendbar sein, was eben der Facharzt von Fall zu Fall zu begutachten hat.

Es sei noch darauf hingewiesen, daß es sich in diesen Fällen nicht um eine unmittelbare, sondern um eine voraussehbare Gefahr handelt.

2. *Zu Ziff. 2.*

Die Regelung für die unmittelbare Gefahr finden wir vielmehr in Ziff. 2 des Art. 120. In diesem Falle darf nämlich ein patentierter Arzt, gestützt auf die Bestimmungen über die Nothilfe im Sinne des Art. 34, 2 des schweizerischen Str. G. B. die Unterbrechung der Schwangerschaft ohne das erwähnte Gutachten eines zweiten Arztes vornehmen. Der Gesetzgeber war der Ansicht, daß die Einholung des Gutachtens in diesen Fällen das dringende Eingreifen nicht verhindern solle.

Es ist nun klar, daß die Gefahr des Mißbrauches dieser Ordnung besteht. Sie soll verhindert werden durch die im 2. Absatz dieser Ziffer verlangte Verpflichtung des Arztes innert 24 Stunden die zuständige Behörde des Kantons, in dem der Eingriff erfolgte, zu verständigen. Diese Anzeigepflicht steht unter Straffolge (vgl. Art. 121 Str. G. B.).

3. *Zu Ziff. 3.*

Hier ist die Rede auch von andern Indikationen als der medizinischen. Freilich bleiben sie nicht mehr völlig straflos wie diese, sondern der Richter kann die Strafe (des Art. 118 und 119 Str. G. B.) in Berücksichtigung einer *anderen schweren Notlage* nur nach freiem Ermessen (Art. 66 Str. G. B.) mildern. In Betracht fallen hier die soziale Indikation (materielle Notlage usw.), die eugenische (Gefahr der Vererbung von Krankheiten) und die juristische Indikation (Schwängerung in Verbindung mit einer strafbaren rechtswidrigen Handlung wie Notzucht und ähnliches).

Meines Erachtens ist eine Gefahr für den Abusus gerade in dieser Ziffer 3 am ehesten enthalten. Wenn nämlich auch nicht völlige Straflosigkeit gewährt werden kann, so hängt es doch weitgehend von der Weltanschauung des Richters und von dessen Urteil ab, ob die gemilderte Strafe die Unterbrechung der Schwangerschaft vom Standpunkt des Täters aus als rentabel erscheinen läßt oder nicht. Ungleichheiten können sich hier leider ergeben. Man überlege nur, wie unterschiedlich das Moment der sozialen Notlage von einem sozialistischen Richter in Genf oder Zürich und einem katholisch-konservativen im Wallis betrachtet werden kann.

4. *Zu Ziff. 4.*

Hier wird der allgemein gehaltene Art. 32 Str. G. B. ausdrücklich ausgeschlossen und durch die speziellere Regelung

des Art. 120 ersetzt, d. h. die Berufspflicht kann nicht geltend gemacht werden. Art. 34, 2 (Nothilfe) bleibt, wie wir in Ziffer 2 gesehen haben, bestehen.

IV. Die Ordnung in Deutschland.

Es sei gestattet noch einen kurzen Blick auf einige ausländische Regelungen der Fragen, welche diese Arbeit behandelt, zu werfen.

Grundlegend war bis zur Übernahme der Macht durch den Nationalsozialismus der § 218 des Str. G. B. für das Deutsche Reich von 1871. Nach diesem Paragraphen wird jede Abtreibung ziemlich schwer bestraft.

Allein, nach der Rechtssprechung des Reichsgerichtes, war schon bald eine Unterbrechung der Schwangerschaft zur Rettung des Lebens der Mutter — gestützt auf den übergesetzlichen Notstand nach § 54 des Str. G. B. — nicht mehr rechtswidrig. Wir sehen also, daß auch hier, genau wie in der Schweiz, die Praxis von sich aus den Weg beschritt, der im Gesetze selbst nicht vorgezeichnet war.

Durch den § 14 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 verlor aber diese Rechtssprechung ihre Bedeutung. Denn nach dem Inhalt dieses Paragraphen war eine „Unterbrechung nur zulässig, wenn ein Arzt sie nach den Regeln der Kunst zur Abwehr einer ernsten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit derjenigen, an der er sie vornimmt, und mit deren Einwilligung vollzieht".

Daneben gab es ferner in § 10 des oben erwähnten Gesetzes noch den Spezialfall der straflosen Unterbrechung der Schwangerschaft aus eugenischen Gründen. Wenn das Erbgesundheitsgericht nämlich rechtskräftig auf Unfruchtbarmachung einer Frau, die zur Zeit der Unfruchtbarmachung schwanger ist, erkennt, so kann die Unterbrechung mit Einwilligung der Schwangeren vorgenommen werden, es sei denn, daß die Frucht schon lebensfähig sei, oder eine Unterbrechung ernste Gefahren für Leben oder Gesundheit der Frau mit sich brächte.

Bald aber zeigte es sich, daß der § 14 zu frei gehalten war und in der vierten der Verordnungen zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wurde am 18. Juli 1935 in Art. 5 Folgendes festgesetzt: Eine Schwangerschaftsunterbrechung gemäß § 14, 1 des zitierten Gesetzes

darf erst vorgenommen werden, nachdem eine Gutachterstelle (Art. 6 und 7 der Verordnung) den Eingriff für erforderlich erklärt hat, es sei denn, daß er wegen unmittelbarer Gefahr für Leben und Gesundheit der Mutter nicht aufgeschoben werden konnte.

Dies ist die Lösung der Frage der medizinischen Indikation in Deutschland. Daß dort auch noch die sog. eugenische Indikation bekannt und unter Umständen straflos ist, haben wir bereits weiter oben gesehen.

Daneben hat die deutsche mit der schweizerischen Lösung vieles gemeinsam.

V. Die Regelung in Frankreich.

Die Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer Indikation wird in Frankreich zum erstenmal gesetzlich geregelt durch den „Code de la famille" vom 29. Juli 1939 und Ergänzungen.

Sie ist gestattet, wenn das Leben der Mutter ernstlich bedroht wird. Die Unterbrechung darf nur vorgenommen werden nach einer Konsultation des behandelnden Arztes mit zwei andern Ärzten, wovon der eine bei Gericht als Sachverständiger anerkannt sein muß. Über diese Konsultation wird eine Akte aufgesetzt, wovon ein Exemplar der Kranken verbleibt. Die beiden andern Exemplare werden von den konsultierenden Ärzten aufbewahrt. (Diese Regelung ist bereits abgeändert worden, doch war es nicht möglich, über die neue Fassung Unterlagen zu erhalten.)

VI. Vereinigte Staaten von Nordamerika.

Hier ist die Frage nicht einheitlich geregelt. In sechs Bundesstaaten ist jede künstliche Unterbrechung verboten.

In weiteren 38 Bundesstaaten ist sie erlaubt, wenn nur durch sie das Leben der Mutter gerettet werden kann.

In drei andern Staaten erstreckt sich die Erlaubnis auch auf eine anderweitig nicht zu beseitigende Gesundheitsgefährdung der Mutter. Andere als medizinische Indikationen werden nicht anerkannt, außer wenn anzunehmen ist, daß das Kind an einer ernsten Erbkrankheit leiden wird. Die Indikation muß in einer Konsultation von mindestens zwei Ärzten festgelegt werden.

VII. Ungarn.

Der Staatsanwalt erteilt die Erlaubnis zur Unterbrechung:

1. Wenn für die Mutter eine Lebensgefahr besteht, welche anderweitig nicht abgewendet werden kann.

In diesem Falle gibt der Staatsanwalt die Erlaubnis, nachdem er zusammen mit dem Gerichtsarzt in der Wohnung der Schwangeren erschienen ist und letzterer nach Untersuchung der Frau zugestimmt hat.

2. Wenn die Schwangerschaft eine bestehende Krankheit der Mutter verschlimmert und kein anderer Weg besteht, um die Gefahr abzuwenden.

3. Wenn einer der Eltern geisteskrank ist.

In den beiden letzteren Fällen muß der behandelnde Arzt nach einem Konsilium mit einem Frauenarzt den Antrag auf Unterbrechung stellen. Daraufhin untersucht eine Kommission, bestehend aus dem Gerichtsarzt, einem Spezialisten für die betreffende Krankheit, und dem zuständigen Distriktsarzt den Fall und erstattet dem Staatsanwalt einen schriftlichen Bericht, nach welchem letzterer dann den Entscheid trifft.

VIII. Schweden.

Mit dem 1. Januar 1939 trat in Schweden ein neues Gesetz in Kraft, welches die Interruptio aus eugenischen, humanitären (grobe Verletzung der Handlungsfähigkeit der Frau bei der Schwängerung), medizinischen und kombiniert medizinisch-sozialen Gründen (abgearbeitete Frauen und gleichartige Fälle) gestattet.

Die humanitäre Indikation wird allerdings nur anerkannt, wenn wegen der strafbaren Handlung Anzeige erstattet oder Anklage erhoben ist.

Die eugenische Indikation gilt auch dann, wenn der Erzeuger als Überträger einer Geisteskrankheit, Geistesschwäche oder eines schweren körperlichen Gebrechens in Frage kommt.

Nach der 20. Schwangerschaftswoche ist die Unterbrechung nur noch aus medizinischen Gründen gestattet.

Der Eingriff darf nur ausgeführt werden, wenn der Arzt, der ihn vornimmt, zusammen mit einem von der Regierung bezeichneten Amtsarzt in einer schriftlichen, begründeten Erklärung die Voraussetzungen für die in Rede stehende Maßnahme bezeichnet.

IX. Dänemark.

Mit dem 1. April 1938 trat in Dänemark das „Gesetz über Veranstaltungen aus Anlaß der Schwangerschaft" in Kraft.

Darnach kann eine Frau ihre Schwangerschaft abbrechen lassen, um dadurch ernstliche Gefahr für ihr Leben oder ihre Gesundheit abzuwehren; ferner bei Schwangerschaft infolge Verwandtenblutschande oder blutschänderischen Umgangs oder infolge eines Angriffs auf die Geschlechtsfreiheit der Frau (Notzucht, Nötigung zur Unzucht, Schändung, Täuschung, Mißbrauch von Jugendlichen), und wenn die Gefahr naheliegt, daß das Kind wegen seiner vererblichen Veranlagung an Geisteskrankheit, Geistesschwäche, anderen schweren geistigen Störungen, Epilepsie oder ernstlichem körperlichem Siechtum leiden werde.

Nach dem Ende des dritten Schwangerschaftsmonates darf die Interruptio nur noch aus medizinischer Indikation ausgeführt werden.

Sie darf nur von einem behördlich autorisierten Arzt und nur in einem staatlichen oder kommunalen Krankenhaus vorgenommen werden.

Die Kosten für die Unterbrechung selbst trägt die Frau, diejenigen für die Tätigkeit der Kliniken tragen der Staat oder die Gemeinden.

Die Regelung ist also sehr ähnlich wie die in Schweden.

Statistisches über die Anzahl der Schwangerschaftsunterbrechungen in den einzelnen Kantonen und über die Art der Ausführungsbestimmungen zu Art. 120.

Die Zusammenstellung erfolgte auf Grund der Angaben, die ich von den Sanitätsdirektionen der Kantone erhielt. Wie jedoch aus Art. 120, 1 Str. G. B. ersichtlich ist, ist es den einzelnen Kantonen freigestellt, den Gutachter (Facharzt) generell oder von Fall zu Fall zu bestimmen. Leider konnten daher von acht Kantonen, wo die Fachärzte generell bestimmt worden sind, und sie nicht gehalten waren, der Regierung von den Fällen Kenntnis zu geben, keine Zahlen ermittelt werden. Ich werde übrigens auf die Vor- und Nachteile beider Me-

thoden am Schlusse dieses Kapitels noch zu sprechen kommen. Ich führe zuerst die Kantone an, in welchen genaue Zahlen berechnet werden konnten.

Die Bevölkerungszahlen sind bezogen auf die Ergebnisse der Volkszählung vom 1. Dezember 1941.

1. *Aargau.*

Total begutachtete Fälle	50
davon befürwortete	27
abgelehnt	23
Wohnbevölkerung 269 873	
davon katholisch zirka 40 %	
Pro 10 000 Einwohner wurden begutachtet	1,85
in zustimmendem Sinne	1,00

Ferner kamen zwei Notfälle (Ziff. 2 Art. 120) zur Anmeldung.

Der Facharzt wird von Fall zu Fall durch den Kantonsarzt bestimmt.

2. *Appenzell Außer-Rhoden.*

Total begutachtete Fälle	8
davon befürwortete	7
abgelehnt	1
Wohnbevölkerung 44 710	
davon katholisch zirka 12 %	
Pro 10 000 Einwohner wurden begutachtet	1,78
in zustimmendem Sinne	1,55

Für jeden Bezirk ist ein Facharzt bestimmt worden.

3. *Appenzell Inner-Rhoden.*

Total begutachtete Fälle	0
Wohnbevölkerung 13 399	
davon katholisch zirka 96 %	

Der Facharzt wird von der Standeskommission von Fall zu Fall bestimmt.

4. *Basel-Land.*

Total begutachtete Fälle	4
davon befürwortete	4
abgelehnt	0
Wohnbevölkerung 94 400	
davon katholisch zirka 24 %	

Pro 10 000 Einwohner wurden begutachtet	0,43
in zustimmendem Sinne	0,43

Die Frage der Bestimmung des Facharztes ist noch nicht definitiv geregelt.

5. *Bern.*

Total begutachtete Fälle	248
davon befürwortete	151
abgelehnt	97
Wohnbevölkerung 725 761	
davon katholisch zirka 13 %	
Pro 10 000 Einwohner wurden begutachtet	3,42
in zustimmendem Sinne	2,08

Der Facharzt wird von Fall zu Fall durch die kantonale Sanitätsdirektion bestimmt.

Im übrigen verweise ich auf das nächste Kapitel.

6. *Freiburg.*

Total begutachtete Fälle	0
Wohnbevölkerung 151 664	
davon katholisch zirka 87 %	

Der Facharzt wird von Fall zu Fall bestimmt.

7. *Genf.*

Total begutachtete Fälle	434
davon befürwortete	202
abgelehnt	232
Wohnbevölkerung 174 624	
davon katholisch zirka 42 %	
Pro 10 000 Einwohner wurden begutachtet	24,85
in zustimmendem Sinne	11,57

Diese Zahlen stimmen nicht ganz genau, die richtigen dürften etwas höher liegen, da die generell bezeichneten Gutachter nicht gehalten sind eine Statistik zu führen. Von den 434 Fällen handelte es sich in einem sehr hohen Prozentsatz um Nichtgenfer, worauf u. a. auch die relativ hohe Anzahl Katholiken in Genf selbst hinweist.

Als Fachärzte wurden sechs Spezialisten, nämlich die Direktoren der entsprechenden Universitätskliniken, plus sechs weitere Spezialärzte als Suppleanten bestimmt.

Die einzelnen Fälle verteilen sich wie folgt:

	total	cas admis	cas refusés
Médecine générale	192	98	94
Gynécologie et obstétrique	18	2	16
Affections tuberculeuses	46	29	17
Chirurgie	—	—	—
Affections du coeur	91	20	71
Affections mentales	80	53	27
Affections vénériennes et dermatologiques	7	—	7
Total général	434	202	232

8. *Glarus.*

Total begutachtete Fälle 9
davon befürwortet 5
abgelehnt 4
Wohnbevölkerung 34 747
davon katholisch zirka 32 %
Pro 10 000 Einwohner wurden begutachtet 2,59
in zustimmendem Sinne 1,44

Die Fälle werden im Kantonsspital Glarus spezialärztlich begutachtet und ebendaselbst wird die Unterbrechung vorgenommen.

9. *Luzern.*

Total begutachtete Fälle 3
davon befürwortet 1
abgelehnt 2
Wohnbevölkerung 206 442
davon katholisch zirka 86 %
Pro 10 000 Einwohner wurden begutachtet 0,14
in zustimmendem Sinne 0,05
Der Facharzt wird von Fall zu Fall bestimmt.

10. *Nidwalden.*

Total begutachtete Fälle 0
Wohnbevölkerung 17 346
davon katholisch zirka 97 %
Der Facharzt wird von Fall zu Fall bestimmt.

11. *Obwalden.*

Total begutachtete Fälle 0
Wohnbevölkerung 20 150
davon katholisch zirka 96 %
Der Facharzt wird von Fall zu Fall bestimmt.

12. *Schaffhausen.*

Total begutachtete Fälle	7
davon befürwortet	5
abgelehnt	2
Wohnbevölkerung 53 648	
davon katholisch zirka 21 %	
Pro 10 000 Einwohner wurden begutachtet	1,30
in zustimmendem Sinne	0,93

Bei den fünf befürworteten Fällen handelt es sich um vier Lungentuberkulosen und eine schwere Psychopathie.

13. *Schwyz.*

Total begutachtete Fälle	1
davon befürwortet	0
abgelehnt	1
Wohnbevölkerung 66 695	
davon katholisch zirka 95 %	
Pro 10 000 Einwohner wurden begutachtet	0,15
in zustimmendem Sinne	0,00

14. *Solothurn.*

Total begutachtete Fälle	25
davon befürwortet	16
abgelehnt	9
Wohnbevölkerung 154 854	
davon katholisch zirka 60 %	
Pro 10 000 Einwohner wurden begutachtet	1,61
in zustimmendem Sinne	1,03

Der Facharzt wird von Fall zu Fall durch den Kantonsarzt bestimmt.

15. *Uri.*

Total begutachtete Fälle	0
Wohnbevölkerung 27 359	
davon katholisch zirka 95 %	

Der Facharzt wird von Fall zu Fall durch den Obergerichtspräsidenten bestimmt.

16. *Wallis.*

Total begutachtete Fälle	0
Wohnbevölkerung 148 589	
davon katholisch zirka 97 %	

Der Facharzt wird von Fall zu Fall bestimmt.

17. *Zug.*

Total begutachtete Fälle 0
Wohnbevölkerung 36 744
davon katholisch zirka 85 %
Der Facharzt wird von Fall zu Fall durch den Kantonsgerichtspräsidenten bestimmt.

Die Zusammenstellung dieser 17 Kantone (2 241 005 Einwohner) ergibt folgendes Bild:

Total begutachtet wurden 789 Fälle
davon befürwortet 53 % = 418 Fälle
abgelehnt 47 % = 371 Fälle
Pro 10 000 Einwohner wurden begutachtet 3,52
in zustimmendem Sinne 1,87

Dieser Durchschnitt liegt sicher weit unter dem der noch verbleibenden acht Kantone. Denn es ist ja zu sehen, wie in den Kantonen mit vorwiegend katholischer Bevölkerung die Zahl der Begutachtungen verschwindend klein ist. Ferner handelt es sich in den oben aufgeführten Kantonen, mit Ausnahme von Genf, um solche mit relativ wenig Industrie und ziemlich ausgesprochenem Überwiegen der Landwirtschaft.

Kanton	Wohnbevölkerung	davon katholisch	total begutachtet	befürwortet	abgelehnt	in Prozenten befürwortet	in Prozenten abgelehnt	pro 10 000 Einw. befürwortet	pro 10 000 Einw. abgelehnt
1. Wallis	148 589	97 %	—	—	—	0 %	0 %	—	—
2. Nidwalden	17 346	97 %	—	—	—	0 %	0 %	—	—
3. Obwalden	20 150	96 %	—	—	—	0 %	0 %	—	—
4. Appenzell I.-R.	13 399	96 %	—	—	—	0 %	0 %	—	—
5. Uri	27 359	95 %	—	—	—	0 %	0 %	—	—
6. Schwyz	66 695	95 %	1	—	1	0 %	100 %	—	0,15
7. Freiburg	151 664	87 %	—	—	—	0 %	0 %	—	—
8. Luzern	206 442	86 %	3	1	2	33,3 %	66,6 %	0,05	0,09
9. Zug	36 744	85 %	—	—	—	0 %	0 %	—	—
10. Solothurn	154 854	60 %	25	16	9	64 %	36 %	1,03	0,58
11. Genf	174 624	42 %	434	202	232	46,5 %	53,5 %	11,57	13,28
12. Aargau	269 873	40 %	50	27	23	54 %	46 %	1,0	0,85
13. Glarus	34 747	32 %	9	5	4	55,5 %	44,5 %	1,44	1,15
14. Baselland	94 400	24 %	4	4	—	100 %	0 %	0,43	—
15. Schaffhausen	53 648	21 %	7	5	2	71,4 %	28,6 %	0,93	0,37
16. Bern	725 761	13 %	248	151	97	60,9 %	39,1 %	2,08	1,34
17. Appenzell A.-R.	44 710	12 %	8	7	1	87,5 %	12,5 %	1,55	0,23
Total	2 241 005	—	789	418	371	53 %	47 %	1,87	1,65

Infolgedessen schätze ich für die restlichen Kantone, in denen die Fachärzte generell bestimmt wurden und wo keine

genauen Zahlen ermittelt werden konnten, die Zahl der *befürworteten* Unterbrechungen wie folgt:

Kanton	Wohnbevölkerung	katholisch ca.	vorgenommene Unterbrechungen
18. Basel-Stadt	169 223	31 %	200
19. Graubünden	127 821	48 %	20
20. Neuenburg	117 971	15 %	60
21. St. Gallen	285 503	59 %	80
22. Tessin	164 413	95 %	10
23. Thurgau	137 705	33 %	30
24. Waadt	342 058	16 %	200
25. Zürich	670 845	23 %	300—500
Total	2 015 539		900—1100

Diese Schätzungen dürften im allgemeinen, auch inklusive Zürich, eher niedrig gegriffen sein.

Damit komme ich für die *ganze Schweiz* auf folgende Zahlen:

Bei einer Wohnbevölkerung von 4 256 544 ist die Zahl der Schwangerschaftsunterbrechungen im Jahre 1942 auf ungefähr 1300—1500 zu veranschlagen.

Das macht pro 10 000 Einwohner 3,24 Fälle aus. Da die Zahl der Lebendgeborenen für diesen Zeitraum 87 876 (provisorische Zahl des statistischen Amtes) beträgt, kommt eine Unterbrechung aus medizinischer Indikation auf 56 Lebendgeborene.

Ich möchte zu Vergleichszwecken die Verhältnisse in Deutschland aus den Jahren 1932, 1935 und 1936 heranführen:

	Bevölkerung	Unterbrechungen total	Lebendgeburten total	Unterbrechungen pro 10 000 E	Lebendgeburten auf eine Unterbrechung
Deutschland 1932	67 Mill.	34 700	993 000	5,18	29
Deutschland 1935	67 Mill.	4151	1 264 000	0,62	304
Deutschland 1936	67 Mill.	2982	1 279 000	0,45	429
Schweiz 1942	4,3 Mill.	ca. 1300-1500	79 000	3,26	56

(Zahlen berechnet nach Angaben von *Philipp, Lauterwein.*)

Wie wir sehen, sind unsere Zahlen eher niedriger als jene in Deutschland vor dem Umbruch, aber auch erheblich höher als die deutschen seit der Machtübernahme.

Die Unterbrechungen bei uns sind vielleicht etwas zahlreicher als unbedingt notwendig sein könnte, aber ohne tief-

greifende Maßnahmen ist hier wenig zu erreichen, denn wir dürfen nicht übersehen, daß in Deutschland, wie ich schon erwähnte, auf die Erhaltung der Frucht sehr großen Wert gelegt wird.

Das Verfahren geht dort so vor sich, daß zwei Ärzte ein getrenntes Gutachten abgeben müssen, und daß dann erst noch die offizielle Gutachterstelle sich den definitiven Entscheid vorbehält. In Zweifelsfällen kann auch ein Obergutachter angerufen werden. Die Bedingungen sind also sehr streng, und besonders auf dem Gebiet der Lungentuberkulose und der Psychiatrie wird größte Zurückhaltung geübt. Die eugenische Indikation liefert nur einen sehr geringen Prozentsatz der Fälle. Dazu kommt, daß der begutachtende Arzt viel mehr als bei uns eine optimale Therapie voraussetzen und auch eventuell zwangsmäßig durchführen kann, indem eventuelle sozial-pekuniäre Faktoren durch staatliche Wohlfahrtseinrichtungen ausgeschlossen werden können (z. B. Heilstättenbehandlung bei Lungentuberkulose usw.).

Anderseits glaube ich aber, daß in Deutschland schwere Gesundheitsschädigungen von Müttern vorkommen, aber natürlich statistisch kaum zu beweisen sind.

Lauterwein fand für die Zeit vom 18. Juli 1935 bis Ende 1940 unter den total 4072 abgelehnten Anträgen auf Interruption 62 mütterliche Todesfälle (= 1,24 %). Wohl wären davon die Mehrzahl der Todesfälle nicht zu vermeiden gewesen (infauste Fälle oder bereits weit vorgerückte Schwangerschaft), wohl sind auch 39 lebende Kinder geboren worden, aber man hat beim Studium einiger Fälle doch den Eindruck, daß das Leben der Mutter durch eine Unterbrechung der Schwangerschaft hätte gerettet werden können.

Deshalb komme ich zum Schluß, daß wir in der Schweiz, da wir nun einmal die medizinische Indikation anerkannt haben, nicht zu weit mit der Einschränkung der Indikationen gehen dürfen, wenn wir nicht das Begutachtungsverfahren in Verruf bringen und damit die Schwangeren in die Hände von Pfuschern und gewerbsmäßigen Abtreibern jagen wollen.

Anderseits hat man wieder den Eindruck, daß an einigen Orten die Indikation doch etwas zu weitherzig gestellt wird und die Möglichkeiten der Psychotherapie oder des längeren Klinik- oder Heilstättenaufenthaltes nicht voll ausgenützt werden.

Soll der Facharzt generell oder von Fall zu Fall bestimmt werden?

Die *generelle* Bestimmung ist höchstens am Platz bei Kantonen von geringer geographischer Ausdehnung, die genügend Fachautoritäten besitzen, d. h. vor allem in den sogenannten Stadtkantonen wie Basel-Stadt und Genf. Die Vorteile dieses Systems liegen darin, daß es für den Staat weniger umständlich ist, daß die Begutachtungszeit nicht durch Schreibereien unnötig verlängert wird, und daß das Berufsgeheimnis voll gewahrt wird. Nachteilig ist der Umstand, daß der Staat keinen Überblick über die Sachlage erhält und damit auch keine Gewähr für die richtige Durchführung des Art. 120 in seinem Kanton übernehmen kann. Auf jeden Fall ist die Gefahr eines Mißbrauches, besonders wenn viele Fachärzte bestimmt werden, sehr groß, sei es nun durch Ärzte, welche die Unterbrechung wissentlich zum Geschäft machen, sei es durch solche, die viel zu weitherzig sind. Ich kann mir z. B. gut den Fall vorstellen, daß ein Psychiater jede unerwünschte Schwangerschaft ganz ehrlich als schwere Gefahr für die Gesundheit der Schwangeren betrachtet und so fast jedes Gutachten befürwortet. Wir kommen dann damit ganz automatisch zum Stand der legalisierten Abtreibung, wenn der Staat keine Kontrolle ausübt. Deshalb sollte die Zahl der Gutachter möglichst klein sein und sollten diese hin und wieder gewechselt werden, und vor allem sollten die Ärzte verpflichtet werden zum mindesten auf Jahresende die Zahl der Begutachtungsfälle und die Indikationen der betreffenden Sanitätsdirektion mitzuteilen. Ich zweifle nicht daran, daß der Kanton Zürich mit seiner jetzigen Durchführungsart des Art. 120 (sehr viele generell bezeichnete Gutachter) Gefahr läuft, zu einem Zentrum der „Unterbrechungsindustrie" zu werden.

Die Bestimmung des Facharztes *von Fall zu Fall* ist besonders geeignet für große Kantone, damit z. B. der Schwangeren längere Reisen erspart werden können (Reiseunkosten für wenig bemittelte Frauen), ferner für kleine Landkantone, wo die wenigen Fälle keine Mehrbelastung der betreffenden zuständigen Amtsstelle (Sanitätsdirektion, Gerichtspräsident etc.) bedeuten, und wo nur wenig Fachärzte zu finden sind. Damit kann der Kanton eine sinngemäße Anwendung des Art. 120 garantieren. Nachteilig ist eine eventuelle Verlängerung der Begutachtungszeit wegen Briefwechsel etc., was sich

aber sicher vermeiden läßt, und die Gefahr der Verletzung des Berufsgeheimnisses. Letzteres läßt sich ebenfalls leicht vermeiden, indem der Kantonsarzt oder irgend ein anderer Arzt als zuständig erklärt wird, oder indem man dem behandelnden Arzt die Möglichkeit gibt, die Patientin nur mit den Initialen oder unter einem Decknamen an die Behörde zu melden.

Im Interesse einer sauberen Lösung ist im allgemeinen die Bestimmung des Facharztes von Fall zu Fall vorzuziehen.

Statistisches aus dem Kanton Bern.

(Statistische Untersuchung der bei der bernischen Sanitätsdirektion eingereichten Gesuche und Berichte zum Art. 120).

Durch Ärzte wurden total angemeldet	298 Fälle
davon als Notfälle (Ziff. 2, Art. 120)	19 „
Zu einer eventuellen Begutachtung wurden angemeldet	279 Fälle

Von diesen 279 Fällen wurden 248 begutachtet, ohne Gutachten blieben 31 Fälle, und zwar aus folgenden Gründen:

Es fehlen weitere Berichte oder die Patienten ließen nichts mehr von sich hören	8 Fälle
Es lag keine Schwangerschaft vor	7 Fälle
Eine Begutachtung in der Waldau (Heil- und Pflegeanstalt und psychiatrische Universitätsklinik) lehnten ab	4 Fälle
Patientin wünschte Kind auszutragen	3 Fälle
Begutachtung durch Sanitätsdirektion abgelehnt, weil nur eine eugenische Indikation vorlag	3 Fälle
Weil schon der anmeldende Arzt keine Indikation zur Interruptio sah	2 Fälle
Weil nur eine soziale Indikation vorlag	1 Fall
Patientin verweigerte Begutachtung und Unterbrechung aus religiösen Gründen	2 Fälle
Unterbrechung wurde in einem andern Kanton begutachtet, weil der behandelnde Arzt mit der Handhabung von Art. 120 im Kanton Bern nicht einverstanden war (ärztliches Geheimnis)	1 Fall

Von den total 298 Fällen handelte es sich um

Verheiratete	244
Unverheiratete	53
Unbekannt	1

	Begutachtet wurden	Nicht begutachtet wurden	Notfälle (Art. 120, 2)
Verheiratete	204	22	18
Unverheiratete	44	8	1
Unbekannt	—	1	—
Total	248	31	19

	Eine Unterbrechung wurde befürwortet	Eine Unterbrechung wurde abgelehnt
Verheiratete	124 = 61 %	80 = 39 %
Unverheiratete	27 = 61 %	17 = 39 %
Total	151 = 61 %	97 = 39 %

Notfälle (Ziffer 2, Art. 120).

Von den gemeldeten 19 Fällen wären nur 7 meldepflichtig gewesen. Bei den übrigen 12 handelte es sich entweder um einen Abortus incompletus (9) oder completus (1), oder um einen Partus praematurus, d. h. es lag nicht mehr eine intakte Schwangerschaft vor. Diese Fälle mögen wohl von den betreffenden Ärzten entweder aus mangelnder Kenntnis des Gesetzes, oder nur sicherheitshalber zur Vermeidung von eventuellen späteren Unannehmlichkeiten gemeldet worden sein.

Bei den sieben meldepflichtigen Fällen handelte es sich um folgende Indikationen:

3 Eklampsien
1 Schwangerschaftstoxikose ohne genauere Diagnose
1 Hyperemesis gravidarum
1 Lungenblutung bei Lungentuberkulose
1 Schwangerschaft als Nebenbefund bei der Operation eines großen Myoms.

Indikationsgebiete.

Interessehalber erwähne ich auch die Fälle, wo der Gutachter eine Sterilisation vorschlug:

Affektionen	total	befürwortet	abgelehnt	Sterilisation
1. Verdauungstraktus u. -drüsen	6	3	3	—
2. Respirationstraktus (ohne Tuberkulose)	7	2	5	—
3. Nieren und Harnwege (ohne Tuberkulose)	15	6	9	2
4. Blut- u. blutbildende Organe	4	1	3	1
5. Geburtshilfe u. Gynäkologie	14	4	10	3
6. Schwangerschaftstoxikosen	12	5	7	1
7. Zirkulationsorgane	31	21	10	9
8. Chirurgie	11	10	1	3
9. Innere Sekretion	12	8	4	2
10. Haut- u. Geschlechtskrankheiten	1	1	—	—
11. Ophthalmologie	1	—	1	—
12. Neurologie	7	4	3	4
13. Psychiatrie	49	34	15	22
14. Oto-Rhino-Laryngologie	2	2	—	—
15. Andere Affektionen	7	3	4	1
16. Lungentuberkulose	54	37	17	10
17. Andere Tuberkulosen	15	10	5	1
Total	248	151	97	59

Unverheiratete.

Es fanden sich total 53 Anmeldungen, dabei handelte es sich um 49 Ledige, 3 Witwen und 1 Geschiedene. Zur Begutachtung kamen 44 Fälle, davon wurde in 27 Fällen eine Unterbrechung befürwortet, das sind 61 % (Verheiratete ebenfalls 61 %!).

Allein 20 der 44 begutachteten Fälle (= 45 %) fielen in das Gebiet der Psychiatrie, während sonst die Psychiatrie nur 49 vom Total der 248 Fälle ausmachte (= 20 %). Die einzelnen psychiatrischen Indikationen waren:

	total	befürwortet	abgelehnt	Sterilisation
Depressionen	9	7	2	1
Schizophrenie	4	4	—	1
Oligophrenie	4	—	4	2
Status epilepticus	1	1	—	1
Schizoidie	1	1	—	—
Kretinismus	1	—	1	1
Total	20	13	7	6

Die Unverheirateten lassen sich schematisch in drei Kategorien einteilen:

1. Psychiatrische Fälle (hier 20).
2. Mehr oder weniger Invalide, d. h. Patientinnen, welche nicht heiraten konnten, weil sie dauernd oder wenigstens

lange Zeit ans Bett gefesselt sind. Hier waren es 14, nämlich 10 sichere Tuberkulosen, 3 Status nach Poliomyelitis und Lähmung der unteren Extremitäten und 1 Status nach Oberschenkelamputation.

3. Andere Krankheiten, nämlich solche, die bei den verheirateten Schwangeren die Mehrzahl der Indikationen abgeben (hier 10).

Dies scheint mir eindrücklich zu zeigen, daß die Indikationsverhältnisse bei den ledigen Schwangeren von denen der Verheirateten stark verschieden sind.

Beurteilung der Fälle nach ihrer Herkunft.

Auffallend wenig Fälle kamen aus dem welschen Kantonsteil (Amtsbezirke Courtelary, Delémont, Franches Montagnes, Moutier, Neuveville, Porrentruy und französisch sprechende Bieler), nämlich total 17, davon wurden begutachtet: 14 = 5,6 % der 248 Fälle. Dagegen macht die französisch sprechende Bevölkerung des Kantons Bern rund 15 % des Totals aus. Die Begründung dieser Tatsache ist etwas schwierig. Es ist möglich, daß sich viele Jurassier in einem andern Kanton begutachten ließen aus verkehrstechnischen Gründen (Nähe von Chaux-de-Fonds und Basel). Sicher spielt auch die Religion eine Rolle, indem in den Amtsbezirken mit vorwiegend katholischer Bevölkerung, nämlich Franches Montagnes, Delémont und Porrentruy, zusammen nur ein Fall zur Anmeldung kam. Die übrigen Fälle der französisch sprechenden Amtsbezirke verteilen sich folgendermaßen:

Biel (welsch) 3, Courtelary 5, Moutier 5, Neuveville 0.

Die Verhältnisse zwischen Stadt- und Landbevölkerung.

Als Städte wurden gezählt alle Orte mit 10 000 und mehr Einwohner:

Stadt	Einwohnerzahl	begutachtete Fälle	Fälle pro 10 000 Einw.
Bern (inkl. Köniz)	140 000	73	5,2
Biel	40 000	14	3,5
Thun	20 000	8	4,0
Burgdorf	10 000	4	4,0
Total	210 000	99	4,7
Landbevölkerung	510 000	149	2,9

Die Stadtbevölkerung ist also prozentual erheblich stärker vertreten. Die Erklärung dazu dürfte vor allem in dem durchschnittlich schlechteren Gesundheitszustand der Städter

zu suchen sein, und dazu dürfte in städtischen Verhältnissen eher der Wunsch vorliegen, die Kinderzahl niedrig zu halten.

Die einzelnen Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft.

(Besprechung anhand der Fälle des Jahres 1942 im Kanton Bern.)

I. Verdauungstraktus und Verdauungsdrüsen.

	total	befürwortet	abgelehnt	Sterilisation
Cholecystopathien	3	2	1	—
Ulcus ventriculi	1	1	—	—
Ulcus ventriculi, fragliches	1	—	1	—
Status nach traumatischem Darmriß	1	—	1	—
Total	6	3	3	—

Die Schwangerschaft begünstigt die Entstehung und Verschlimmerung von *Cholecystopathien,* sowohl der Cholecystitis, wie auch der Cholelithiasis, durch Begünstigung der Gallenstauung (Abknickung des Ductus cysticus, verminderte Zwerchfellexkursion, häufig Obstipation, Dyskinesie der Gallenwege, herabgesetzter Tonus der Gallenblase, Krampfzustände des Sphincters Oddi) und damit der retrograden Infektion. Dieselben Momente gelten für die Gallensteinbildung, wozu dann noch der erhöhte Cholesterinausfall in der Schwangerschaft kommt.

Im allgemeinen stellt aber eine Cholecystopathie keine Indikation zur Interruptio dar. Die operative Therapie ist aber möglichst frühzeitig anzuwenden. In den ersten fünf Monaten kann sie ohne große Gefährdung der Schwangerschaft durchgeführt werden.

Schmieden fand die Cholelithiasis 4—5mal häufiger bei Frauen als bei Männern, und dabei waren in 75 % der Fälle Schwangerschaften vorausgegangen. Die Abknickung des Ductus cysticus ist dabei sehr wichtig. Eine Unterbrechung lehnt er vollständig ab, da eine Operation mit Erhaltung des Lebens des Kindes immer möglich sei.

Bergmann sieht in der veränderten Steuerung und Reaktionslage des vegetativen Nervensystems (Dyskinesie der Gallenwege) einen wichtigen Faktor und betont die kolloid-chemische Frage.

Spirito bewies experimentell, daß die spontane kinetische Energie der Gallenblase in der Schwangerschaft vermindert, die motorische Erregbarkeit dagegen erhöht ist.

Gerdes und *Boyden* fanden bei Schwangeren eine Verzögerung der Gallenblasenentleerung und eine Hypermobilität des Sphincters Oddi.

Bedandi fand unter 1000 Fällen von Cholecystitis 90,5 % weibliche und 9,5 % männliche Patienten. Von diesen 905 Frauen hatten 86 % ein- oder mehrmals geboren.

Puxeddu betrachtet Gallensteinkoliken in der Gravidität nicht als Grund zur Interruptio.

Vignes weist ebenfalls auf das vegetative Nervensystem und die Hypercholesterinämie als wichtige Faktoren hin.

Rupp sieht als Hauptfaktor ebenfalls die Mobilitätsneurose der Gallenwege, die Hypercholesterinämie und mechanische Momente (gravider Uterus). Eine Operation sollte in der ersten Schwangerschaftshälfte durchgeführt werden.

Wollesen bestreitet anhand von Statistiken den Einfluß der Gravidität auf die Gallensteinbildung.

Das *Ulcus pepticum ventriculi* dürfte nur in seltenen Fällen Anlaß zur Schwangerschaftsunterbrechung geben, obschon es durch eine Gravidität verschlimmert werden kann (Lagewechsel des Magens, verminderter Tonus und Motilität, verlängerte Entleerungszeit, Hyperacidität bei 25 % der Schwangeren [nach *Hansen*]). Dazu kann noch der Einfluß des umgestimmten vegetativen Nervensystems kommen, das Krämpfe der Magenmuskulatur und damit lokale Anämien der Magenwand verursachen kann *(Bergmann)*.

II. Respirationstraktus.

	total	befürwortet	abgelehnt	Sterilisation
Asthma bronchiale	2	—	2	—
Status nach Pleuritis	2	—	2	—
Rezidivierende Pleuritis	1	1	—	—
Chronische Bronchitis	2	1	1	—
Total	7	2	5	

Das *Asthma bronchiale* kann in seltenen Fällen durch die Gestation ausgelöst werden und kann dann eventuell, wenn es schwer und therapeutisch unbeeinflußbar ist, eine Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung abgeben (Status asthmaticus). Ein bestehendes Asthma bronchiale dagegen wird durch die Schwangerschaft meist wenig beeinflußt oder kann

sogar verschwinden. Jedenfalls sollte im allgemeinen eine Interruptio zu vermeiden sein.

Pleuritis und *chronische Bronchitis* an sich stellen keine Indikation zur Interruptio dar, jedoch kann ein schlechter Allgemeinzustand die Stellungnahme des Gutachters ändern.

III. Nieren und Harnwege.

	total	befürwortet	abgelehnt	Sterilisation
Chronische Nephritis	4	2	2	—
Status nach Pyelocystitis	3	1	2	1
Status nach Nephrektomie (Hydronephrose)	1	1	—	1
Chronische Hydronephrose	1	—	1	—
Status nach Pyelonephritis	1	—	1	—
Nephrose	1	1	—	—
Unklares chron. Nierenleiden	1	—	1	—
Nierensteinkoliken	1	—	1	—
Cystitis	1	—	1	—
Incontinentia urinae (3 × op.)	1	1	—	—
Total	15	6	9	2

Die *chronische Nephritis* gibt in der Mehrzahl der Fälle die Indikation zur Interruptio. Allerdings muß sie diagnostisch sichergestellt sein, wobei zu bemerken ist, daß die Differentialdiagnose zwischen vorbestehender, eventuell latenter Nephritis oder einer Nephritis als zufällige Komplikation der Schwangerschaft und einer durch die Gravidität verursachten Nephropathie oft schwierig ist.

Peckham weist darauf hin, daß

1. die echten Schwangerschaftstoxämien in der Mehrzahl erst im letzten Schwangerschaftsmonat deutlich in Erscheinung treten oder wenigstens höchst selten vor dem 7. Monat;
2. die sogenannten rezidivierenden Toxämien mehrheitlich auf nephritischer Grundlage beruhen, während echte Schwangerschaftstoxämien nur selten rezidivieren;
3. sich bei Schwangerschaftstoxämien am Augenhintergrund Spasmen der Retinagefäße, Retinaödem, eventuell Hämorrhagien oder Ablösung der Netzhaut zeigen, dagegen bei Nephritis eine Retinitis albuminurica oder arterio-sklerotische Veränderungen der Gefäße.

Er legt vor allem auf Punkt 3 großen Wert und sieht in der Feststellung einer chronischen Nephritis jederzeit die Indikation zur sofortigen Beendigung der Schwangerschaft. Nur

wenn die Patientin den Fortbestand der Schwangerschaft verlangt, soll diese bis zum frühesten Termin der Lebensfähigkeit des Kindes fortgesetzt werden.

Dieckmann fand nur 12 echte Nephritiden unter 22 000 Schwangeren. Er gestattet eine neue Gravidität nur, wenn die Nephritis vollständig ausgeheilt ist.

Dossola glaubt, daß eine chronische Nephritis durch die Gestation immer wesentlich verschlimmert wird und bleibt und oft zum Exitus durch Urämie oder eventuell Apoplexie oder Herzinsuffizienz führen kann. Die Diagnose einer chronischen Nephritis verlangt sofortige Unterbrechung der Schwangerschaft.

Seitz weist darauf hin, daß eine echte Nephritis sich bereits in den ersten zwei Dritteln der Schwangerschaft bemerkbar macht und nach dem Wochenbett noch längere Zeit bestehen bleibt. Die Komplikationsgefahren sind sehr groß: Retinitis albuminurica, Netzhautablösung, Gehirnapoplexien, Urämie, vorzeitige Plazentarlösung mit schweren retroplazentaren Blutungen, Herzdekompensation. Die Indikation zur Interruptio ist gegeben bei wachsendem Hydrothorax, Ablatio retinae und progressiver Retinitis, drohender Urämie und Herzdekompensation.

Löffler verlangt unbedingt Unterbrechung und Sterilisation.

Ein *Status nach Pyelonephritis* oder *Pyelocystitis* berechtigt zur Unterbrechung nur, wenn der Allgemeinzustand der Patientin so schlecht ist, daß ihr eine neue Schwangerschaft nicht zugetraut werden kann, oder wenn schwere Nierenschäden geblieben sind.

Philipp unterbricht bei Pyelonephritis die Gravidität möglichst rasch beim Auftreten folgender Trias: Absinken der Harnmenge, Erhöhung des Reststickstoffes, Auftreten von Leucin und Tyrosin im Harn (schwere Leberschädigung).

Crabtree, Granville und *Reid* fanden 5—10 Jahre nach Pyelonephritis in der Schwangerschaft sehr häufig noch merkbare Nierenschäden und betrachten sie als ein progressives Leiden.

Status nach Nephrektomie rechtfertigt die Unterbrechung nur, wenn die noch vorhandene Niere nicht vollkommen suffizient ist.

Lindeboom erachtet eine Schwangerschaft nach Nephrektomie nur wenig gefährlicher als bei normalen Frauen.

Ingiulla glaubt, daß auch bei einer leichteren Schädigung

der gebliebenen Niere eine Schwangerschaft gewagt werden kann, sofern einige Zeit seit der Nephrektomie verstrichen ist, und sich die Niere an die neuen Verhältnisse angepaßt hat.

Weiteres vgl. XVII: Nephrektomie bei Tbc.

Die *Nephrolithiasis* kann durch die Schwangerschaft begünstigt werden, jedoch dürfte eine Interruptio nur selten in Frage kommen, da auf alle Fälle die operative Therapie bis gegen das Ende der Schwangerschaft möglich ist, wobei allerdings die Gefahr eines Abortes sehr groß ist.

Hundley jr., Mason u. a. und ferner auch *Rossi* weisen auf die Wichtigkeit des Einflusses des Follikelhormons auf den Harntraktus hin und betonen, daß die mechanischen staungsbegünstigenden Faktoren erst von der 15.—16. Woche an eine Rolle spielen.

Nach *Heineck* sollte nur operativ vorgegangen werden, wenn alle andern Maßnahmen versagt haben. Wenn möglich sollte das Kind ausgetragen oder dann nicht nach dem sechsten Schwangerschaftsmonat operiert werden. Nierensteine in der Schwangerschaft sind selten, weil sie überhaupt bei Frauen selten sind.

Dózsa weist auf die Begünstigung der Steinbildung in der Schwangerschaft durch drei Faktoren hin: das endokrine System, die Harnstauung und die Infektion. Bei zweiseitigem oder infiziertem Stein sollte sofort operiert werden. Falls die Operation nicht möglich sein sollte, muß die Schwangerschaft unterbrochen werden.

Dagegen empfiehlt *Schwalm* auch bei doppelseitigen Steinen die konservative Therapie bis zur Spontangeburt, sofern septische und urämische Symptome fehlen.

Nach *Schröter* kann eine Indikation zur Interruptio höchstens bei doppelseitiger Steinerkrankung bestehen.

Bei dem Fall von *Incontinentia urinae* handelte es sich um eine Patientin, bei welcher nach dreimaliger Operation eine leidliche Funktion des Sphincter urethrae erzielt werden konnte. Durch eine neue Schwangerschaft wäre die Inkontinenz eine definitive geworden.

IV. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe.

	total	befürwortet	abgelehnt	Sterilisation
Sekundäre Anämie	3	—	3	—
Chronische myeloische Leukämie	1	1	—	1
Total	4	1	3	1

Die *sekundäre Anämie* stellt keine Indikation zur Interruptio dar, da sie internistisch mit Erfolg behandelt werden kann.

Die *chronische myeloische Leukämie* stellt nach der Ansicht der meisten Autoren einen Grund zur Interruptio dar. (Dagegen ist diese bei den *akuten Leukämien* wegen des raschen infausten Verlaufes sinnlos. Bei der *chronischen lymphatischen Leukämie* kommt es wegen des Zustandes der Uterusschleimhaut gar nicht zur Eiansiedlung.)

Nach *Neumann* kann im Beginn einer chronischen myeloischen Leukämie eine Erstgeburt noch gefahrlos verlaufen, aber jede weitere Schwangerschaft bringt die Mutter in Lebensgefahr. Die Krankheit stellt daher eine Indikation zur Unterbrechung mit anschließender Sterilisation dar.

Herrnberger bestätigt die Richtlinien Neumanns, weist aber dazu noch nachdrücklich darauf hin, daß schon die erste Schwangerschaft für die Mutter unheilvoll sein kann.

Gradenwitz schließt sich Neumann an.

Forkner dagegen und auch *Zambonini* glauben nicht, daß der Verlauf einer chronischen myeloischen Leukämie durch die Gravidität verschlimmert wird.

Grier und *Richter* lassen eine Schwangerschaft nur unter gewissen Vorbedingungen zu.

Stoeckel unterbricht, wenn die Leukämie schon vor der Schwangerschaft bestand, nur bei vitaler Indikation, ebenso *Winter*.

V. Geburtshilfe und Gynäkologie.

	total	befürwortet	abgelehnt	Sterilisation
Uterusprolaps	3	1	2	1
Rezidivierende eitrige Mastitis	1	—	1	—
Carcinoma mammae op.	1	1	—	—
Status nach Sectio caesarea, Bauchfistel	1	—	1	—
Status nach Sectio caesarea, schlechter Allgemeinzustand	1	1	—	—
Platt verengtes, rachitisches Becken	1	—	1	—
Beckenanomalie 1. Grades	1	—	1	—
Beckenanomalie 2. Grades	1	—	1	1
Habituelle Wehenschwäche	1	—	1	1
Rezidivierende Blutungen	1	—	1	—
Abortus imminens	1	—	1	—
Abortus incipiens	1	1	—	—
Total	14	4	10	3

Wenn — nach *Löffler* zitiert — *Walthard* sagte, eine geburtshilflich-gynäkologische Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft gäbe es nicht, so scheint mir das doch etwas allzu summarisch gesagt zu sein, wenn es auch im allgemeinen zutrifft. Löffler selbst macht schon Einschränkungen. Ferner gibt es, ganz abgesehen von den Schwangerschaftstoxikosen, doch Affektionen, die den Gynäkologen zu einer Unterbrechung veranlassen können.

Döderlein und *Bach* führen in Stadlers „Richtlinien" folgende an: Retroflexio uteri gravidi incarcerata irreponibilis, Exohysteropexie, alle Carcinome.

Ich gehe nur auf die vier Fälle ein, wo eine Unterbrechung befürwortet wurde.

Ein *Abortus incipiens* kommt nur selten zur Begutachtung, weil die Frucht ohnehin verloren ist und damit keine intakte Gravidität mehr vorliegt, d. h. für den Arzt eigentlich keine Meldepflicht mehr besteht.

In einem Falle von Status nach *Sectio caesarea* wurde die Interruptio nur auf Grund des schlechten Allgemeinzustandes vorgenommen.

In einem Fall von *Uterusprolaps* wurde unterbrochen, weil, wie der Gutachter ausdrücklich feststellte, jede andere Therapie versagt hatte. Der Fall ist als Ausnahme zu betrachten.

Ein *Carcinoma mammae* wird heute, auch wenn es operiert ist, von der Mehrzahl der Autoren als Indikation anerkannt. Es ist glücklicherweise eine relativ seltene Komplikation, weil Carcinom- und Schwangerschaftsalter nicht übereinstimmen.

Smith fand in den Fällen, die nach Behandlung des Tumors schwanger wurden, nach fünf Jahren nur in 42 % eine Dauerheilung. Von den Fällen mit Carcinom bei bestehender Schwangerschaft lebten nach fünf Jahren nur noch 11 %. Wenn ein maligner Tumor eventuell während der Gravidität nicht schneller wächst, so pflegt er nachher viel schneller zu wachsen.

Nach *Rosenthal* und auch *Micale* hat die Schwangerschaft einen wachstumsbeschleunigenden Effekt auf maligne Tumoren, speziell auf das Carcinom der Mamma.

In gleicher Weise äußert sich *Seebohm,* der auch darauf hinweist, wie schlecht die Prognose bei Carcinom der Mutter für das Kind ist. Die Brustkrebse, die in der Schwangerschaft

auftreten, werden vor allem durch die Laktation sehr ungünstig beeinflußt. Er fordert für alle Fälle von Mammacarcinom die Unterbrechung der Gravidität und Radikaloperation des Tumors.

Auch *Bayer* hält die Interruptio im allgemeinen für angezeigt, besonders bei scirrhösen Formen.

Baatz kam in Tierversuchen zu folgenden Ergebnissen:

Bei Tieren, die in der Schwangerschaft mit Tumor geimpft wurden, war das Wachstum im ersten Drittel derselben ausgesprochen, im zweiten Drittel wenig und im dritten Drittel gar nicht gehemmt. Post partum war das Wachstum besonders bösartig und hemmungslos.

Bei spontan an Tumor erkrankten Tieren war das Carcinomwachstum während der Schwangerschaft ziemlich unverändert, post partum wieder besonders bösartig.

Bromeis fand, daß zwar häufig nach der Radikaloperation eines Brustkrebses besonders in der Laktationszeit einer neuen Schwangerschaft häufig ein Carcinom der andern Brust auftritt. Er faßt dies aber als einen neuen, echten Tumor auf und nicht als Metastase oder Rezidiv und kommt zur Schlußfolgerung: „Nach Operation eines Brustkrebses ist eine neue Schwangerschaft in den folgenden drei Jahren unerwünscht. Eine Sterilisation ist aber unberechtigt. Sollte trotzdem eine Schwangerschaft eintreten, so ist sie nicht zu unterbrechen, vielmehr sorgfältig in 14tägigen Kontrollen zu überwachen, namentlich in der Stillperiode".

Nölle ist damit nicht einverstanden und macht folgende Vorschläge:

„1. Eine Sterilisation aller gebärfähigen Frauen nach Radikaloperation eines Mammacarcinoms erscheint zu weitgehend und kann daher unterbleiben.

2. Eine Schwangerschaft hat in den ersten drei Jahren nach einer Radikaloperation eines Mammacarcinoms zu unterbleiben.

3. Kommt es trotzdem zu einer solchen, so ist aus den eben geschilderten Gründen zum frühesten Zeitpunkt zu unterbrechen, sobald die Schwangerschaft gesichert ist (Aschheim-Zondek-Reaktion). Viele Kinder würden dadurch nicht geopfert werden müssen, da nach den Zahlen der von *Bromeis* geschilderten Fälle nur bei 4 % der radikaloperierten, gebärfähigen Frauen eine Schwangerschaft auftrat.

4. Eine nach drei Jahren auftretende, neue Schwangerschaft kann ausgetragen werden unter Kontrolle der Operationsnarben, der regionären Drüsengebiete, der andern Brust und des sonstigen körperlichen Befindens.

5. Eine Schwangerschaft bei fortgeschrittenem Mammacarcinom soll ausgetragen werden, zum mindesten bis zur Lebensfähigkeit des Kindes, mit oder ohne Radikaloperation, da die Mutter ohnehin so gut wie verloren ist."

Ferner verlangt *Nölle,* daß bei einem beginnenden, offenbar gut operablen Mammacarcinom und gleichzeitig einer ganz jungen Schwangerschaft, sofort radikal operiert und auch die Schwangerschaft unterbrochen werden muß.

VI. Schwangerschaftstoxikosen.

	total	befürwortet	abgelehnt	Sterilisation
Hyperemesis gravidarum	7	3	4	—
Status nach Eklampsie	2	—	2	—
Eklampsie	1	1	—	—
Status nach Schwangerschaftsniere	1	—	1	—
Schwangerschaftstoxikose (ohne genaue Diagnose)	1	1	—	1
Total	12	5	7	1

Der Umstand, daß sieben Fälle von *Hyperemesis* zur Begutachtung angemeldet wurden, dagegen nur ein Fall in Berufung auf den Notstand (Ziff. 2, Art. 120), sofort unterbrochen wurde, zeigt, wie unsicher viele Ärzte in der Indikationsstellung bei diesem Krankheitsbild sind. Besonders deutsche Autoren betonen, daß die Hyperemesis nur selten zur Interruptio Anlaß gibt, daß aber in diesem Falle sofort, unter Umgehung des Gutachterverfahrens, unterbrochen werden muß.

Bokelmann gestattet die Diagnose Hyperemesis nur dann, wenn wirklich häufiges Erbrechen vorliegt und die Bilanz zwischen Einnahme und Ausgabe negativ ist. Er unterbricht die Schwangerschaft, wenn trotz energischer Therapie Ikterus, niedriger Blutdruck, motorische Unruhe, Tachykardie, Albuminurie und Fieber auftreten.

Voron und *Pigeaud* verlangen für die Diagnose Hyperemesis folgende drei Kardinalsymptome: unstillbares Erbrechen, fortschreitende Entwässerung (Gewicht), ausgesprochene Acidose. Dazu kommt eine Störung im vegetativen Ner-

vensystem. Die Prognose hängt immer vom Wasserverlust ab. Wenn die Entwässerung so weit fortgeschritten ist, daß auch der Wasserbestand der einzelnen Zelle angegriffen wird, ist jede Therapie umsonst.

Nach *Seitz* kommt eine Unterbrechung nur in Frage, wenn bedrohliche Symptome sich einstellen. Eine sichere Basis in klinischen Untersuchungsmethoden fehlt heute noch. Wichtig ist der direkte Nachweis der steigenden Bilirubinvermehrung im Blute, ferner das Ansteigen der Temperatur, Pulsvermehrung, Auftreten von Eiweiß und Zylindern im Urin. Vor allem wichtig ist jedoch die fortschreitende Gewichtsabnahme und alle Zeichen von Leberschädigung.

Biró fand in 0,33 % der Schwangerschaften und Geburten eine Hyperemesis. Bedrohliche Symptome, welche zur Unterbrechung zwingen können, sind der Ikterus, Hirnsymptome (Apathie) und ein hoher Serumbilirubinspiegel (er fand in 28 Fällen von Hyperemesis einen mittleren Bilirubingehalt von 0,96 mg% gegenüber 0,55 mg% bei gesunden Graviden).

Kassebohm und *Schreiber* fanden in der Privatpraxis die Hyperemesis in der Häufigkeit von 1 : 150 und von 1 : 800 in der Klinik. Wirtschaftliche und andere Schwierigkeiten wirken sich dabei stark aus, indem die Fälle seit 1929 (= Ende der amerikanischen Prosperity) deutlich anstiegen. Sie verlangen eine frühzeitige Hospitalisierung. Starker Gewichtsverlust ist ein ungünstiges Zeichen. Wenn innerhalb 48 Stunden eine energische Therapie keinen Erfolg hat, sollte unterbrochen werden.

Nach *Pesce* fällt die Unterbrechung nur ausnahmsweise in Betracht, nämlich beim Auftreten von rascher Abmagerung, steigendem Puls, Temperaturerhöhung, Ikterus und cerebralen Erscheinungen.

Stadler verlangt eine sofortige Unterbrechung wegen „vitaler Indikation" bei plötzlichem Temperaturanstieg, hohem Puls, Foetor ex ore, Albumen-Saccharum-Tyrosin und Leucin im Urin, starkem Ansteigen des Serumbilirubins, Ikterus, Trübung des Sensoriums.

Schjott-Rivers weist vor allem auf die Bilirubinämie als Zeichen der toxischen Leberschädigung hin. Er unterbricht u. a. sofort bei Augenstörungen und nervösen Komplikationen (Neuritis, Myelitis).

Nach *Heynemann* kann die Indikation nur aus der Gesamtheit der Symptome gestellt werden. Wesentlich sind vor

allem das Auftreten eines Ikterus, Ansteigen des Serumbilirubins auf zirka 2 mg%, Eiweißgehalt des Urins an 1 ‰, Cylindrurie, Temperaturanstieg, Hirnerscheinungen, kleiner, unregelmäßiger Puls. Die Häufigkeit und Stärke des Erbrechens, sowie der Nachweis von Ketonkörpern im Harn und Reststickstoffbestimmungen sind nicht verwertbar.

Fitzgerald und *Webster* weisen darauf hin, daß bei schweren Fällen die Aufnahmefähigkeit von Flüssigkeit und Speisen kein Zeichen zur Besserung darstellt. Sobald sich ernstere Symptome einstellen, sollte die Interruptio vorgenommen werden, weil sie, zu spät ausgeführt, kein lebensrettender Eingriff ist.

Brandstrupp unterbricht, wenn ernstere Symptome trotz entsprechender Therapie nicht innerhalb einiger Tage oder spätestens einer Woche verschwinden.

Schulz weist anhand der Fälle an der Kieler Klinik darauf hin, daß es bei der Hyperemesis in der nächsten Schwangerschaft sehr leicht zu Rezidiven kommt. Diese fanden sich bei den leichteren Fällen in 80 %, bei schwereren in 98 % und bei denjenigen Fällen, wo eine Interruptio vorgenommen worden war, in 100 %.

Meng fand an der Zürcher Klinik in 0,25 % aller Schwangerschaften eine schwere Hyperemesis.

Der *Status nach Eklampsie* ist keine Indikation zur Unterbrechung einer neuen Schwangerschaft, da Rezidive nur in 2—3 % der Fälle vorkommen *(Stoeckel)*.

Die eigentliche *Eklampsie* ist für das Gutachterverfahren ohne Bedeutung, indem sie nur in einem Viertel der Fälle bereits in den letzten Schwangerschaftsmonaten auftritt und damit zu einer künstlichen Unterbrechung Anlaß geben könnte, und indem beim Auftreten bedrohlicher Symptome und Versagens der konservativen Therapie für die Begutachtung keine Zeit bleibt.

Bokelmann unterbricht bei Eklampsie, sobald Sehstörungen, Erbrechen und Blutdruckanstieg auftreten.

Siedentopf unterbricht in schweren Fällen, sofern sie sich nicht in kurzer Zeit durch konservative Maßnahmen bessern lassen, sofort ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt der Gravidität. In leichteren Fällen wird versucht die Lebensfähigkeit des Kindes zu erreichen.

Dieckmann unterbricht sofort bei Ansteigen des Blutdruckes, der Albuminurie oder der Ödeme, Abnahme der Seh-

kraft, Ikterus, Oligurie oder Anurie. Er erreicht damit natürlich eine niedrigere mütterliche Mortalität.

Stroebe rechtfertigt die Interruptio, wenn außer Blutdruckanstieg und Nierensymptomen vor allem Zeichen einer Leberschädigung vorliegen.

Klaften weist vor allem auf die Ablatio retinae als besondere Indikation hin.

Loose und *Schröder* verlangen bei jeder eklamptischen Amaurose eine Untersuchung des Augenhintergrundes und sofortige Unterbrechung, wenn eine Retinitis eclamptica gefunden wird.

Auch *Guggisberg* betont, daß beim Auftreten von Netzhautveränderungen die Unterbrechung indiziert ist.

Seitz unterbricht, wenn von den drei subjektiven Symptomen Kompfschmerz, Nebligsehen und Druckgefühl im Hypogastrium mit Magenbeschwerden und Erbrechen (= Leberschädigung), eines oder mehrere ungewöhnlich stark werden. Objektive Zeichen sind dann Erhöhung des Blutdruckes über 200 mmHg, Herabsetzung der galvanischen Erregbarkeit, Oligurie und reichliche Albuminurie und Cylindrurie.

VII. Zirkulationsorgane.

	total	befürwortet	abgelehnt	Sterilisation
Variköser Symptomenkomplex, Zirkulationsstörungen, Ulcus cruris, Thrombophlebitis	12	10	2	6
Subjektive Herzbeschwerden, objektiv o. B.	5	—	5	—
Mitralstenose	4	3	1	1
Myokardschaden	4	4	—	2
Hypertonie	3	1	2	—
Aorteninsuffizienz	1	1	—	—
Mitralinsuffizienz	1	1	—	—
Herzinsuffizienz u. Adipositas	1	1	—	—
Total	31	21	10	9

Während man früher der Ansicht war, daß jede Frau mit *Herzfehler* durch eine Schwangerschaft ernstlich gefährdet werde, hat sich in den letzten drei Jahrzehnten mehr und mehr die Erkenntnis durchgesetzt, daß nur in einem geringen Prozentsatz ernstere Störungen während der Schwangerschaft oder des Wochenbettes zu erwarten sind.

Jaschke machte als erster im Jahre 1910 anhand eines großen Krankenmaterials (1525 herzkranke Frauen) darauf

aufmerksam, daß 96 % aller Schwangerschaften einen ungestörten Verlauf nehmen.

Bei der Indikationsstellung für eine Interruptio legt die Mehrzahl der Autoren mehr Gewicht auf den Zustand des Myokards als auf den Sitz und die Art des Klappenfehlers.

Jensen fand bei 2400 herzkranken Schwangeren eine Mortalität von 5,8 %. Die größte Lebensgefahr besteht während und einige Stunden nach der Geburt. Die Prognose hängt vom Zustand des Herzmuskels ab. Er unterbricht bei erfolgloser internistischer Therapie und bei Mitralstenose.

Maurizio fand auf 148 Fälle 8 Todesfälle (= 5,4 %).

Hamilton glaubt, daß bei richtiger Therapie nur 2 % der herzkranken Schwangeren sterben müßten und konnte selbst die Mortalität auf 2,8 % beschränken. Die Geburt soll möglichst kurz, aber auch möglichst schonend sein.

Roos fand 11 Todesfälle auf 148 Patientinnen, und zwar 6 (unter 17) an Myokarditis, 4 (unter 70) an Mitral- und 1 (unter 6) an Mitral- und Aortenvitium. Die Prognose trübt sich erheblich bei Komplikationen von seiten der Lunge oder der Nieren und bei höherem Lebensalter.

Naish fand bei Schwangeren, die durch einen Herzspezialisten überwacht wurden, eine mütterliche Mortalität von 1,9 %, bei solchen, die nicht unter Beobachtung standen, von 44 %. In nicht ganz einem Drittel der Fälle zeigten sich Dekompensationserscheinungen im Verlauf der Schwangerschaft oder der Geburt. Die Mortalität war am höchsten bei Myokarditis, ebenfalls ungünstig war die Kombination Mitralstenose-Aorteninsuffizienz. Die Gravidität hat einen schädlichen Einfluß auf das kranke Herz (Nachuntersuchungen).

Jaschke konnte die Mortalität auf 0,03 % herabdrücken. Bei beginnender Dekompensation sieht er die sichersten Anhaltspunkte für die Prognose unter der Geburt im Ausfall des therapeutischen Versuches zur Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit.

Stander beurteilt die Herzleiden vorwiegend nach funktionellen Gesichtspunkten. Er fand bei über 700 herzkranken Schwangeren eine Mortalität von 8,7 %. Dabei war sie bei Frauen, die erst zur Geburt in die Klinik kamen, 26mal größer als bei denen, die sich schon vorher in Pflege befanden. Wichtig ist vor allem die richtige Wahl des Entbindungsverfahrens.

Hüssy fürchtet vor allem die Mitralstenose.

Siedentopf glaubt, daß der Allgemeinzustand und die Anamnese einer Herzkranken wichtiger sind als der unmittelbare Herzbefund. Der Zustand des Myokards ist fast allein entscheidend. Die Mitralstenose gilt darum als prognostisch ungünstig, weil dabei fast immer ein erheblicher Myokardschaden vorhanden ist. Ernste Komplikationen sind Nephropathie, Eklampsie, enges Becken, Zwillinge, pathologische Lage und besonders eine rekurrierende Endokarditis. Interruptio kommt nur in Frage, wenn die internistische Therapie versagt, und dann soll sie mit der Sterilisation verbunden werden.

Michels legt ebenfalls das Hauptgewicht auf den Zustand des Herzmuskels: „Jede Schädigung des Herzmuskels, gleichwie, ob durch mechanische, toxische oder coronarsklerotische Prozesse herbeigeführt, trübt die an sich günstige Prognose der Herzfehler". Das Alter spielt ebenfalls eine Rolle, weil nach dem 3.—4. Jahrzehnt eine coronarsklerotische Schädigung des Myokards zu erwarten ist.

Balard, Mahon und *Broustet* unterbrechen nur nach genauer Untersuchung und nach Erschöpfung der gesamten klinischen Therapie der Dekompensation oder bei akuter Lebensgefahr (z. B. Lungenödem). Sonst ist wenn möglich der Eingriff bis zur Lebensfähigkeit des Kindes aufzuschieben. Wenn unterbrochen werden muß, ist gleichzeitig oder später die Sterilisation vorzunehmen.

Stieglitz legt ebenfalls mehr Wert auf die Funktion des Herzens als auf die anatomische Diagnose. Er unterbricht nur bei Dekompensation mit erfolgloser Therapie, besonders wenn ernstere Symptome vor der 16. Woche aufgetreten sind.

Flaxman glaubt nicht, daß die Schwangerschaft den Herzfehler an sich verschlimmert. Zu demselben Resultat kommt *Matteace*. Er nimmt eine Interruptio nur bei dekompensierter schwerer Mitralstenose vor, besonders wenn noch eine Aorteninsuffizienz vorhanden ist, und bei der Myokarditis junger Frauen.

Seitz mißt der Anpassungs- und Leistungsfähigkeit des Herzmuskels große Bedeutung zu. Ungünstig ist die reine Mitralstenose wegen der Lungenstauung unter der Geburt, ferner als Komplikationen die chronische Nephritis, die rezidivierende Endocarditis, schwere Unterernährung, alle Infektionen und die schwere Kyphoskoliose.

Lange schlägt die künstliche Unterbrechung vor bei

schweren Fällen von Dekompensation und bei leichteren, wenn die interne Therapie nicht innert kurzer Zeit zum Ziele führt.

Der variköse Symptomenkomplex, Thrombophlebitis, usw., rechtfertigen an sich die Unterbrechung der Schwangerschaft nicht *(Lexer* und *Eymer),* trotzdem sie direkt (Blutungen, Embolien) oder durch ihre Folgezustände (Infektionen, Erysipel) die Schwangere in Lebensgefahr bringen können. Denn bei geeigneter Behandlung können diese Komplikationen vermieden werden, sind sie aber schon eingetreten, dann nützt auch eine Unterbrechung nichts.

Varicen können auch während der Schwangerschaft verödet werden *(Solomons, Slámová).*

Wenn sich aber die Gutachter in den vorliegenden 12 Fällen dennoch 10mal für eine Unterbrechung aussprachen, so ist der Grund anderswo zu suchen. Es ist das ein typisches Gebiet, wo soziale Momente die medizinische Indikation beeinflussen. Erstens dürfte die Varicosis in weniger bemittelten und schwer arbeitenden Kreisen viel mehr verbreitet sein, und zweitens muß z. B. doch sicher der Fall einer Taglöhnerin mit fünf Kindern, die auf ihren Verdienst angewiesen ist, anders beurteilt werden als der einer älteren Erstgebärenden in gesicherter Stellung, welche sich jede erforderliche Pflege angedeihen lassen kann. Der Gutachter wird eine Unterbrechung auch eher befürworten, wenn das Leiden sich in einer vorhergehenden Schwangerschaft stark verschlimmert oder die Frau in Lebensgefahr gebracht hat.

Schittenhelm führt die rezidivierende puerperale Thrombophlebitis als Indikation an.

VIII. Chirurgie (Bewegungsapparat).

	total	befürwortet	abgelehnt	Sterilisation
Arthritis deformans	3	3	—	1
Spondylarthritis chronica rheumatica u. Arthronosis deformans	1	1	—	—
Chronische Arthritis u. schlechter Allgemeinzustand	1	1	—	—
Zwerchfellherenie	1	1	—	—
Abdominalhernie	1	1	—	1
Status nach Poliomyelitis	3	3	—	1
Status nach Oberschenkelamputation	1	—	1	—
Total	11	10	1	3

Bei chirurgischen Erkrankungen ist die Unterbrechung nur selten indiziert.

Streckenbach betont, daß operative Eingriffe bis zum 4. Monat viel besser vertragen werden als später. Nach dem 4. Schwangerschaftsmonat soll nur bei dringender Indikation operiert werden.

Bei der *Arthritis deformans* weist *Winter* zwar auf einen eventuellen Zusammenhang mit dem Ausfall der Ovarialsekretion hin, lehnt aber eine Indikation zur Interruptio vollständig ab. Ebenso lehnt er sie ab beim *Gelenkrheumatismus*.

In den drei Fällen von *Status nach Poliomyelitis* dürften wohl die Gutachter die Unterbrechung unter starker Berücksichtigung der psychischen Verhältnisse befürwortet haben (u. a. waren alle drei Patientinnen auch ledig).

Immerhin ziehen auch *Lexer* und *Eymer* bei schweren Funktionsstörungen beider Beine, wodurch das Gehen und Stehen unmöglich ist, eine Interruptio in Betracht und betonen dabei, daß in solchen Fällen außer medizinischen unbedenklich auch rein menschliche Überlegungen, die mit sozialen Indikationen nichts zu tun haben, herangezogen werden können.

Hernien bilden nach *Winter* nie eine Indikation zur Unterbrechung.

Coggi fand, daß immerhin in 35 % der Fälle eine Unterbrechung vorgenommen wurde (Mailänder Klinik).

Die Schwangerschaft begünstigt zweifellos die Bruchentwicklung, dagegen verhindert sie fast regelmäßig die Einklemmung *(Seitz)*.

Lexer und *Eymer* empfehlen die Unterbrechung bei Zwerchfellhernien, lehnen sie dagegen bei allen andern Hernien ab.

IX. Drüsen der inneren Sekretion.

	total	befürwortet	abgelehnt	Sterilisation
Struma compressiva	3	2	1	1
Hyperthyreotischer Symptomenkomplex, Morbus Basedow	3	2	1	1
Diabetes mellitus	3	2	1	—
Struma Langhans op.	1	1	—	—
Hypophysäre Adipositas u. Hypertonie	1	1	—	—
Status nach Morbus Basedow	1	—	1	—
Total	12	8	4	2

Die Schilddrüse vergrößert sich fast immer in der Schwangerschaft, nach *Rübsamen* in Bern bei 89 % aller Schwangeren. Diese Vergrößerung ist als echte Hyperplasie aufzufassen *(Wegelin)*.

Liegt schon eine *Struma compressiva* vor, dann ist natürlich die Erstickungsgefahr sehr groß *(Rübsamen, Winter)*. Wenn auch die Interruptio diese Gefahr mit Sicherheit abwendet, so ist doch zu bemerken, daß die Strumektomie in den meisten Fällen möglich ist und denselben Erfolg mit Erhaltung der Schwangerschaft hat. Die Interruptio ist also nur dann indiziert, wenn die Strumektomie aus irgendwelchen Gründen nicht ausgeführt werden kann und zunehmende bedrohliche Atembeschwerden vorhanden sind *(Winter, Stoeckel)*.

Für die *Struma Langhans* gilt dasselbe, was unter V. zum Mammacarcinom gesagt wurde und für die meisten malignen Tumoren gilt.

Der *Morbus Basedow* wird durch die Schwangerschaft verschieden beeinflußt. Die Mehrheit der Autoren schließen sich heute *Seitz* an, der in 60 % der Fälle eine Verschlechterung fand, während in den übrigen 40 % der Zustand unverändert blieb oder sogar eine deutliche Besserung zeigte. Im allgemeinen wird heute folgende Stellung eingenommen *(Seitz, Stoeckel, Schittenhelm):*

Die Strumektomie kann auch während der Schwangerschaft relativ gut vorgenommen werden. Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft kommt in Frage, wenn die medikamentöse Therapie zu wenig Erfolg zeitigt und die Strumektomie nicht in Frage kommt. Ferner soll sie vorgenommen werden, wenn früh in der Schwangerschaft progrediente, schwere toxische Symptome auftreten.

Javert lehnt allerdings eine Strumektomie während der Schwangerschaft strikte ab.

Bevor die Diagnose *Diabetes* in der Schwangerschaft gestellt wird, ist stets eine einfache Glycosurie auszuschließen. Alle Autoren betonen, wie sehr sich die Prognose für die Mutter seit der Einführung der Insulintherapie des Diabetes gebessert hat.

Labbé und *Gilbert-Dreyfus* und auch *Bompiani* fanden eine Verschlimmerung des diabetischen Zustandes durch die Schwangerschaft. Wenn der Diabetes bereits vor Eintritt der Schwangerschaft manifest war, dann läßt sich durch sorgfältige Überwachung und Therapie das Eintreten von Acidose oder gar Koma vermeiden.

Kramer weist auf die Möglichkeit hin, daß sich ein Diabetes eventuell unter dem Einfluß der Schwangerschaft bessern kann. Dagegen verursacht er häufig Früh- oder Fehlgeburten. Noch jetzt findet man in 11 % der Fälle ein Hydramnios, die mütterliche Sterblichkeit ist 7,9 %. Weniger als 50 % der Kinder kommen lebend zur Welt. In milden Fällen ist die Prognose für die Mutter gut, in schwereren besteht immer die Gefahr der Acidose und des Koma.

Auch *Heynemann* fand in zirka 50 % ein Absterben des Kindes. Übermäßige Entwicklung der Frucht und Neigung zu Hydramnios sind häufig. Eine Unterbrechung kommt nur bis zum 6. Monat in Betracht vor allem in den Fällen, wo schon vor der Schwangerschaft komatöse Zustände aufgetreten waren.

Nach *White* finden sich trotz der guten Erfolge der Insulintherapie immer noch doppelt so viele Totgeburten bei Diabetikerinnen als bei andern Schwangeren (Riesenkinder, Hydramnios). Eventuell kommt die endogene Hypoglykämie infolge der kompensatorischen Hyperfunktion des foetalen Inselapparates als Ursache des Absterbens in Frage.

Kraus fand eine Mortalität von 43 % für die Diabetikerkinder. Die Hyperfunktion des foetalen Inselapparates kann wohl eventuell eine Besserung des Krankheitsbildes herbeiführen, aber auf der andern Seite kann sich die Schwangerschaft durch ihre starke Mehrbelastung des mütterlichen Zuckerstoffwechsels doch unheilvoll auswirken.

Nach *Snoeck,* und auch *Tonkes,* verschlimmert sich im allgemeinen ein Diabetes während der Schwangerschaft, besonders aber auch während der Geburt.

Nach *Santomauro* gelang es in Palermo nur in 40 % der Schwangerschaften mit Diabetes ein lebendes Kind zu erzielen.

Titus glaubt, daß mit dem Insulin die Schwangerschaft für eine Diabetikerin geradezu ungefährlich geworden ist. Dagegen ist die Prognose für das Kind schlecht, eventuell ist eine frühe Schnittentbindung am Platz.

Hurwitz und *Irving* fanden eine kindliche Mortalität von 42,8 %. Die Gefahr des Koma ist besonders groß unter der Geburt.

Auch *Sundelin* ist die mütterliche Sterblichkeit seit der Anwendung des Insulins von zirka 50 % auf 3—4 % abgesunken, dagegen ist sie bei den Kindern immer noch schlecht (60 %).

Auch *Antoine* fand eine kindliche Mortalität von 50 %. Er lehnt eine Sterilisierung ab, da der Erbfaktor beim Diabetes rezessiv ist.

Lévy-Solal fand eine kindliche Mortalität von nur 25 %. Eine Unterbrechung der Schwangerschaft ist auf Ausnahmefälle zu beschränken.

Zusammenfassend kann man sagen, daß in der Mehrzahl der Fälle ein Diabetes durch eine Gravidität verschlimmert wird. In den letzten Monaten kann er eventuell besser werden (Einfluß des foetalen Pankras). Die Gefahr des Koma diabeticum ist bei kunstgerechter Therapie nur in schweren Fällen vorhanden und zwar besonders unter der Geburt. Ein Diabetes kann auch durch eine Schwangerschaft ausge-

löst werden. Höchstens die Hälfte der Kinder ist lebensfähig. Die Unterbrechung der Gravidität kommt nur in Frage in ganz schweren Fällen, und wenn die internistische Behandlung versagt (Acidose). Sie ist möglichst frühzeitig vorzunehmen *(Stoeckel, Seitz, Schittenhelm)*.

X. Haut- und Geschlechtskrankheiten.

	total	befürwortet	abgelehnt	Sterilisation
Sklerodermie u. Sklerodaktylie	1	1	—	—

Die *Sklerodermie* kann nach *Mayr* unter Umständen eine Indikation abgeben, wenn infolge allgemeiner Schwächung (ungenügende Nahrungsaufnahme, Behinderung der Atmung) ein so schwerer Zustand vorliegt, daß eine weitere Belastung durch eine Gravidität nicht verantwortet werden kann. Exazerbationen während der Schwangerschaft kommen vor.

XI. Augenkrankheiten.

	total	befürwortet	abgelehnt	Sterilisation
Retinitis pigmentosa	1	—	1	—

Die *Retinitis pigmentosa* ist eine erbliche, degenerative, therapeutisch unbeeinflußbare Krankheit, die mit der Gravidität keinerlei Beziehungen hat und daher keine Indikation zur Interruptio darstellt.

XII. Neurologie.

	total	befürwortet	abgelehnt	Sterilisation
Multiple Sklerose	2	1	1	2
Chorea Huntington	1	1	—	1
Status nach Hemiplegie, Asthenie	1	1	—	1
Status nach Meningitis cerebro-spinalis mit organischen und psychischen Störungen	1	1	—	—
Polyneuritis	1	—	1	—
Gleichgewichtsstörungen	1	—	1	—
Total	7	4	3	4

Die *multiple Sklerose* wird zweifellos häufig durch die Gravidität ungünstig beeinflußt. Ebenfalls kann sie durch eine Gravidität ausgelöst werden. Trotzdem die Interuptio nur einen Stillstand der Krankheit oder höchstens einen Rückgang frischer Symptome bewirken kann, ist sie doch immer

in Erwägung zu ziehen. In Betracht kommen vor allem die Fälle, wo eine Gravidität mit einem akuten Schub des Leidens zusammenfällt, oder in den langsam progressiven Fällen, wenn das Leiden bereits weit fortgeschritten ist *(Bumke, Fleck, Seitz, Stoeckel).*

Andrioli bezeichnet die Schwangerschaftsunterbrechung als einziges Mittel, um die Beschwerden der Patientinnen weitgehend zu lindern, ähnlich äußert sich *Löffler.*

Die *Polyneuritis* kann zu einer Interruptio Anlaß geben, wenn es sich um einen sehr schweren Fall handelt, der therapeutisch wenig beeinflußbar ist, besonders aber die Beteiligung der nn. Vagus, Phrenicus und Opticus *(Seitz, Winter, Tüscher, Bumke).*

XIII. Psychiatrie.

	total	befürwortet	abgelehnt	Sterilisation
(Reaktive) Depressionen	23	18	5	8
Schizophrenie	9	8	1	5
Obligophrenie	5	1	4	3
Schizoidie	3	3	—	1
Status epilepticus	3	3	—	3
Fragliche Epilepsie	1	—	1	—
Kretinismus	1	—	1	1
Erbliche Melancholie	1	1	—	1
Angstneurose	1	—	1	—
Selbstmorddrohung	1	—	1	—
Allgemeine Nervosität	1	—	1	—
Total	49	34	15	22

Wenn schon überall in der Frage der Indikationsstellung zur Unterbrechung der Schwangerschaft aus medizinischen Gründen eine Aufstellung von Richtlinien sehr schwierig ist und nur die individuelle Beurteilung des Krankheitsbildes entscheidend sein kann, so gilt das erst recht auf dem Gebiet der Psychiatrie. Hier läßt sich für kein Krankheitsbild, außer etwa dem *Status epilepticus,* irgendeine Norm aufstellen (*Bumke, Coggi, Klaesi, Stoeckel*), hier vor allem spielt die Ethik und das ärztliche Gewissen, aber auch die Schule des Gutachters eine Rolle. Aber auch wenn diese subjektiven Faktoren von seiten des Gutachters ausgeschaltet werden könnten, müßte doch das individuelle Moment jedes Falles mehr zu bewerten sein als die reine wissenschaftliche Diagnose.

Die psychiatrische Indikation wird heute von der Überzahl der Ärzte anerkannt (*Brunner, Maier*), wahrscheinlich wurde sie aber lange Zeit, besonders zwischen 1920—1930, überschätzt und ließe sich vielerorts noch stark einschränken. Man braucht damit nicht so weit zu gehen wie *Bumke,* der die psychiatrische Indikation praktisch vollständig ablehnt, wobei ja noch zu untersuchen wäre, ob sich bei dieser Einstellung nicht zeitbedingte nichtmedizinische Einflüsse ausgewirkt haben. Anderseits ist nicht zu übersehen, daß auch die Interruptio ein schweres psychisches Trauma setzen kann *(Binder).*

Daneben ist noch ein praktischer Punkt erwähnenswert: In der Sprechstunde kann sich der Psychiater höchstens entscheiden, daß eine Unterbrechung nicht in Frage kommt, ist eine solche aber in Erwägung zu ziehen, dann läßt sich eine definitive und gründliche Beurteilung nur in einer Klinik vornehmen (*Schneider*). Diesem Ansinnen widersetzen sich jedoch viele Frauen, besonders wenn sie in einem Dorfe wohnen, aus zum Teil verständlichen Gründen, sie wollen nicht in einem „Irrenhaus" gewesen sein.

Wenn nun ein Gynäkologe eine Unterbrechung auf Grund eines Gutachtens vornehmen soll, welches offenbar innerhalb einer knappen Stunde in der Sprechstunde eines Psychiaters ausgefertigt wurde, dann sollte er nach unserem Dafürhalten den Fall doch zuerst noch überprüfen und überlegen, ob er ihn nicht ablehnen wolle.

Die Frage der Sterilisation sollte besonders bei der psychiatrischen Indikation in jedem Gutachten berührt werden.

Erwähnenswert ist unter den reaktiven Depressionen ein Fall von Notzucht, bei welchem der Gutachter in Anbetracht der ausnahmsweise klaren Sachlage ohne weiteres eine Unterbrechung befürworten konnte.

Weiter will ich nicht auf die Verhältnisse eingehen, da *Schneider* dieses Gebiet speziell in Bern eingehend in seiner Dissertation untersucht hat.

XIV. Oto-Rhino-Laryngologie.

	total	befürwortet	abgelehnt	Sterilisation
Otosklerose	2	2	—	2

Während *Winter* und *Stoeckel* eine Unterbrechung wegen *Otosklerose* ablehnen, vertritt *Neumayer* in den „Richtlinien"

der deutschen Ärztekammer den Standpunkt, daß die Diagnose Otosklerose an sich eine Unterbrechung nicht rechtfertigt, dagegen sollte diese vorgenommen werden bei Progredienz der Affektion unter der Schwangerschaft oder wenn in einer vorhergehenden Gravidität die Affektion rasch fortgeschritten war.

In fortgeschrittenen Fällen ist an die Gefahr der vollständigen Taubheit mit ihren enormen Auswirkungen auf die Psyche der Patienten zu denken, in leichteren Fällen können allein die häufigen quälenden Ohrgeräusche dieselben Folgen haben.

XV. Andere Affektionen.

	total	befürwortet	abgelehnt	Sterilisation
Asthenischer Körperbau	3	1	2	1
Schlechter Allgemeinzustand, objektiv o. B.	2	—	2	—
Schlechter Allgemeinzustand u. chron. Anämie	1	1	—	—
Schlechter Allgemeinzustand und Lebervergrößerung	1	1	—	—
Total	7	3	4	1

Im letzten Fall (Lebervergrößerung) war der sehr kompetente Gutachter noch zu keiner Diagnose gekommen, verlangte aber sofortige Unterbrechung.

XVI. Lungentuberkulose.

	total	befürwortet	abgelehnt	Sterilisation
Aktive, nicht kavernöse Tuberkulose	19	17	2	5
Kavernöse Tuberkulose	11	8	3	2
Pleuritis tuberculosa	8	8	—	2
Status nach nicht kavernöser Tuberkulose	4	2	2	—
Status nach kavernöser Tuberkulose	3	2	1	—
Fragl. Tuberkulose, Verdacht auf Tuberkul.	9	—	9	1
Total	54	37	17	10

Trotzdem über das Kapitel „Lungentuberkulose und Schwangerschaft" die Meinungen der Autoren auch heute noch stark auseinandergehen, zeigt es sich doch, daß sich langsam einige feste Richtlinien herauskristallisieren lassen, wenn man die Vertreter der extremen Gruppen nicht berücksichtigt. Diese sind auf der einen Seite z. B. *Sorgo* und mit ihm wahrscheinlich auch jetzt noch viele praktische Ärzte, die bei allen aktiven Tuberkulosen, auch wenn es sich um allgemein gutartige handelt, die Unterbrechung für gerecht-

fertigt halten. Auf der andern Seite stehen diejenigen, welche jegliche Unterbrechung ablehnen, indem sie keinen verschlimmernden Einfluß der Schwangerschaft auf die Lungentuberkulose annehmen und auf die schädlichen Einflüsse des künstlichen Abortes hinweisen (*Behr, Chatillon, Dauwe, Hansen, Menge, Schultze-Rhonhof*). Wenn die Vertreter dieser Gruppe zweifellos viel dazu beigetragen haben, daß die Indikation heute mit Recht weniger gestellt wird als noch vor 10 Jahren, so ist doch zu bemerken, daß, wenn einmal eine medizinische Frage wissenschaftlich untersucht wird, dies wirklich konsequent durchgeführt werden muß und dabei andere Momente, wie die religiöse oder ethische persönliche Einstellung vollständig ausgeschaltet werden.

Die Mehrzahl der übrigen Autoren anerkennt die Indikation unter gewissen Vorbehalten. Die allgemeine Tendenz geht heute dahin, daß eine Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Lungentuberkulose nur in relativ seltenen Fällen in Frage kommt, aber dabei ist eine genaue Beobachtung, optimale Therapie und, wenn möglich, Aufnahme in eine Heilstätte Vorbedingung.

Brindeau befürwortet eine Unterbrechung bei akut einsetzenden, fieberhaften Lungentuberkulosen, die bei Beginn der Schwangerschaft oder erst einige Monate vorher auftraten, ferner bei chronischen fibrocaseösen Prozessen und bei kavernösen Formen mit frischen Schüben. Sie kommt nicht in Frage bei sehr bösartigen Formen, bei miliaren Aussaaten, bei mehr als vier Monate alter Gravidität und bei stabilisierten Prozessen.

Schmidt-Lange fand experimentell beim Meerschweinchen keinen eindeutigen verschlimmernden Einfluß der Gravidität auf die Tuberkulose.

Nach *Dumarest* und *Leonardi* kommt der künstliche Abort in Frage, wenn erstens alle konservativen Maßnahmen einschließlich Kollapstherapie versagt haben, wenn zweitens die Gravidität nicht mehr als 3 Monate alt ist, und drittens müssen genügend Zeichen vorhanden sein, daß die Interruptio geeignet ist, neue Schübe zu verhindern. In infausten Fällen ist die Unterbrechung zwecklos.

Castlen stellt fest, daß eine Schwangerschaft für eine tuberkulöse Frau kein größeres Risiko bedeutet als für eine nichttuberkulöse, vorausgesetzt, daß sie einer sachgemäßen Behandlung unterzogen wird (Klinikbehandlung während der

ganzen Schwangerschaft und darüber hinaus). Eine Unterbrechung kommt nach dem vierten Monat nicht mehr in Frage.

Young hält vor allem Geburt und Wochenbett für besonders schädlich, er verlangt Entbindung im Sanatorium. Eine Interruptio soll spätestens im fünften Monat der Schwangerschaft vorgenommen werden.

Castelli lehnt eine Schematisierung der Indikationen ab. Wichtig ist der Charakter der Erkrankung, der Einfluß der Gravidität auf den Prozeß und das Versagen der vorher versuchten therapeutischen Maßnahmen. Eine eventuelle Unterbrechung soll vor dem dritten Monat durchgeführt werden.

Matthews verlangt die Unterbrechung bei Eintritt der Gravidität in allen schweren Fällen.

Consoli befürwortet sie bei Lungentuberkulose mit Exsudat in der Brust- und Bauchhöhle.

Bühler und *Zettel* glauben nicht, daß eine Schwangerschaft eine bestehende Lungentuberkulose verschlechtert.

Nach *Lorenzetti* kommt der künstliche Abort bei andauernder Lungenblutung und bei beginnender Tuberkulose in Frage, sofern sich der Lungenbefund in den ersten Monaten der Schwangerschaft deutlich verschlechterte. Er lobt auch die frühzeitige Unterbringung der Schwangeren in eine Heilstätte.

Deist fordert eine weitgehende Einschränkung der Indikation zur Unterbrechung. Diese kommt keinesfalls in Frage nach dem vierten Monat und bei Schwerkranken mit offenbar schlechter Prognose.

Nach *Hangleiter* ist die Interrruptio angezeigt bei chronischer Miliartuberkulose, ferner eventuell bei den sogenannten ausgebildeten chronischen Lungentuberkulosen vor dem vierten Schwangerschaftsmonat, vorausgesetzt, daß eine erfolgversprechende Phthisiotherapie durchgeführt werden kann. Dabei scheinen produktiv-cirrhotische Formen mehr Erfolg zu versprechen als exsudative.

Lydtin verlangt ebenfalls eine weitgehende Einschränkung in der Indikationsstellung. Die Unterbrechung verspricht nur bis zum Ende des vierten Schwangerschaftsmonats Erfolg. Sie ist angezeigt beim Frühinfiltrat und seinem Hohlraum und außerdem bei allen progredienten, zerfallenden, offenen Lungentuberkulosen, sofern noch mit einer Heilung zu rechnen ist.

Zusammenfassend möchte ich auf *Braeuning* verweisen,

der sich sehr eingehend mit der Frage befaßt hat und feststellt, daß zurzeit die Frage, ob und unter welchen Bedingungen bei einer tuberkulösen Frau die Schwangerschaft unterbrochen werden darf, völlig ungeklärt ist. Er faßt die momentanen Ansichten wie folgt zusammen:

„1. Inaktive Tuberkulosen werden nicht unterbrochen. Dabei ist allerdings in seltenen Fällen eine Verschlechterung möglich. Anderseits könnte man sonst bei fast jeder Frau eine inaktive Tuberkulose nachweisen.

2. Unheilbar Tuberkulöse werden nicht unterbrochen. Das Leben des Kindes ist in diesen Fällen zweifellos wertvoller.

3. Bei den aktiven, heilbaren Tuberkulosen wird die Unterbrechung meist befürwortet, und zwar um so dringlicher, je erheblicher die Aktivitätszeichen sind, insbesondere bei Frühinfiltraten und andern entzündlichen Formen der Tuberkulose und bei Kavernen.

(*Braeuning* bezweifelt allerdings die Berechtigung dieser Indikation, gibt aber zu, daß er in seinen Fällen, bei welchen er eine Unterbrechung abgelehnt hatte, erhebliche Sorgen hatte, bis die kritischen sechs Monate nach der Entbindung ohne Schaden vorbeigegangen waren.)

4. Die Unterbrechung ist nur in den ersten drei, höchstens vier Monaten erlaubt."

XVII. Tuberkulosen anderer Organe.

	total	befürwortet	abgelehnt	Sterilisation
Status nach Nephritis tuberculosa und Nephrektomie	4	3	1	—
Arthritis tuberculosa	3	1	2	1
Tuberkulöse Halsdrüsen	2	1	1	—
Spondylitis tuberculosa	2	2	—	—
Iridocyclitis tuberculosa	1	1	—	—
Angebliche Knochentuberkulose	1	—	1	—
Schlechter Allgemeinzustand und tuberkulöse Halsdrüsen	1	1	—	—
Schlechter Allgemeinzustand und tuberkuloseverdächtige Halsdrüsen	1	1	—	—
Total	15	10	5	1

Kommt eine Frau im *Status nach Nephrektomie wegen Nierentuberkulose* in die Schwangerschaft, dann wird diese unterbrochen, wenn

1. die verbliebene Niere Zeichen einer Tuberkulose oder einer ungenügenden Funktion aufweist;
2. daneben noch eine Blasen- oder Lungentuberkulose besteht;
3. die Schwangerschaft kurz nach der Nephrektomie eintritt und anzunehmen ist, daß die verbliebene Niere sich noch nicht genügend an die veränderten Verhältnisse angepaßt hat, um eine vermehrte Belastung ohne Schaden zu ertragen.

Nach jeder Nephrektomie sollte mindestens drei Jahre gewartet werden, bevor eine neue Gravidität erlaubt werden kann.

Die Nierentuberkulose kann durch eine Schwangerschaft erheblich verschlechtert werden *(Andrioli, Howard, Ingiulla, Lexer* und *Eymer, Lissack, Scherer, Schittenhelm, Schröter).*

Die *Knochen- und Gelenkstuberkulose* wird im allgemeinen durch die Schwangerschaft sehr ungünstig beeinflußt.

Andrioli hält eine Unterbrechung nur in schweren Fällen für angezeigt.

Schröder weist auf die besonders ungünstige Beeinflussung der Cystitis und der *Spondylitis tuberculosa* durch die Gravidität hin.

Nach *Lexer* und *Eymer* ist die Indikation gegeben bei Knochen- und Gelenkstuberkulosen, welche im Beginn der Schwangerschaft aufflackern, oder bei akuten, sich trotz der Behandlung verschlechternden Formen mit Abszessen, ferner bei der (frischen) Wirbeltuberkulose.

Die *Iridocyclitis tuberculosa* nimmt im allgemeinen während der Schwangerschaft einen schweren Verlauf und stellt eine relative Indikation zur Unterbrechung dar *(Brückner* und *Meisner).*

Total der Tuberkulosefälle:

	total	befürwortet	abgelehnt	Sterilisation
Lungentuberkulose	54	37	17	10
Andere Tuberkulosen	15	10	5	1
Total	69	47	22	11
Keine oder nur fragliche Tuberkulose	11	1	10	1
Sichere Tuberkulosen	58	46	12	10

d. h. wegen Tuberkulose kamen 69 Fälle zur Begutachtung, das sind 28 % der total 248 begutachteten Fälle.

Wenn wir abschließend den Vergleich ziehen zwischen den im Kanton Bern vorgekommenen Indikationen und den in der Literatur geäußerten Ansichten, so sehen wir, daß sich die Gutachter zum größten Teil an die heute geltenden Regeln gehalten haben. Es ist auch zu berücksichtigen, daß aus Gründen der Übersichtlichkeit in meinen Zusammenstellungen nur die jeweils wichtigste Diagnose einer Affektion Platz finden konnte, und daß damit die zum Teil einflußreichen Nebenbefunde aus der Beurteilung ausgeschaltet worden sind. Ferner spielte in vielen Fällen der schlechte Allgemeinzustand der Schwangeren, auch dort, wo ich ihn nicht anführen konnte, eine oft entscheidende Rolle.

Vielleicht ließe sich die Zahl der Unterbrechungen noch etwas herabsetzen. Dieses Ziel wird aber sicher in einiger Zeit mit der wachsenden Erfahrung der Gutachter ohne spezielle Maßnahmen zu erreichen sein. Jedenfalls habe ich den Eindruck, daß sich das Gutachterverfahren im Kanton Bern bewährt hat.

Zusammenfassung.

Es wird zur Frage des Artikels 120 St. G. B. Stellung genommen. Die rechtlichen Verhältnisse in der Schweiz vor und nach dem Inkrafttreten des neuen Strafgesetzbuches werden untersucht und auch die Regelung in einigen andern Ländern wird kurz angedeutet.

Anhand der Zusammenstellung der Begutachtungsfälle der Kantone ergibt sich, daß die Zahl der Unterbrechungen in den Kantonen mit vorwiegend katholischer Bevölkerung sehr gering ist. Die Gesamtzahl der Unterbrechungen aus medizinischer Indikation in der Schweiz ist für 1942 auf zirka 1300—1500 anzusetzen. Die geringe Zahl der Unterbrechungen in Deutschland seit 1935 wird hervorgehoben.

Im Kanton Bern wurden 248 Fälle begutachtet, davon 151 oder 61 % befürwortet und 97 oder 39 % abgelehnt. Der gleiche Prozentsatz wurde bei den Unverheirateten gefunden, trotzdem dort die Indikationen zum Teil anderer Art waren. Die Stadtbevölkerung ist prozentual stärker beteiligt als die Landbevölkerung.

Zum Schluß werden die Fälle des Kantons Bern mit den heute vorherrschenden medizinischen Ansichten verglichen, und es wird gefunden, daß sich die bernischen Gutachter an die gültigen Regeln gehalten haben, und daß sich das Gutachterverfahren im Kanton Bern bewährt hat.

Verglichen mit den alten Regelungen bedeutet der Art. 120 Str. G. B. für die Schweiz in jeder Hinsicht einen gewaltigen Fortschritt in der Frage der Unterbrechung der Schwangerschaft.

Summary.

Regarding the subject of Article 120 St. G. B. we herewith present our views. Legal conditions in Switzerland before and after the enactment of the new penal code, are here examined. The regulations in a number of other countries are also briefly mentioned.

On the basis of cantonal statistics of cases examined and reported, it appears that the number of abortions is very small in cantons where the population is predominantly catholic. The total number of medically authorized abortions is estimated at 1300—1500 cases. Reference is made to the small number of abortions in Germany since 1935. In the canton of Berne 248 cases where examined and reported and of these 151 or 61 % were recommended 97 or 39 % were rejected. The same percentage applied to unmarried women, notwithstanding the fact that in some cases the basis for the authorization was of a different nature. The proportion of the population examined is greater in the cities than in the rural districts. In conclusion the cases in the canton of Berne are compared with the medical views prevailing at present and it was found that the Bernese experts have adhered to the legal rulings and that the procedure in Berne has proven to be satisfactory. In comparison with the old laws it can be said that tremendous progress has been made through Art. 120 St. G. B. in regard to the subject of abortions.

Résumé.

Il s'agit de prendre position en face du problème que pose l'article 120 du code pénal. La situation juridique en Suisse, avant et après l'entrée en vigueur du nouveau C. P. est examinée. La réglementation de cette question dans d'autres pays est également esquissée.

Il résulte de l'examen des certificats rassemblés dans les cantons, que le nombre des interruptions est extrêmement minime dans les cantons où la religion catholique prédomine. On peut estimer que le nombre des interruptions pratiquées en Suisse pour raisons médicales, est, en 1942, de l'ordre de

1300 à 1500. On rappelle à ce propos le nombre réduit d'interruptions faites en Allemagne depuis 1935.

Pour le canton de Berne, il y eut 248 cas expertisés, pour lesquels 151 interruptions, soit le 61 % furent accordées et 97, soit le 39 % furent refusées. La proportion de ces cas fut la même pour les malades célibataires, bien que là, les indications soient en partie d'un autre ordre. La population citadine est plus fortement intéressée à cette question que celle des campagnes.

En fin de compte, les cas du canton de Berne furent examinés à la lumière des opinions médicales prédominantes actuellement et il fut possible de conclure qu'on s'est tenu, dans ces expertises, aux lois en vigueur et que la procédure a été respectée dans ce canton.

A tous points de vue, l'article 120 du C. P. représente un important progrès dans la question des interruptions de grossesse, comparativement aux anciennes réglementations.

Riassunto.

Vien presa posizione per quanto riguarda la questione dell'articolo 120 C. P. S. I rapporti giuridici nella Svizzera prima e dopo l'entrata in vigore del nuovo codice penale vengono esaminati e si accenna alle leggi di altri paesi.

In base all'esame delle perizie dei diversi cantoni, risulta che il numero delle interruzioni di gravidanza è minore nei cantoni di popolazione prevalentemente cattolica. Il numero totale delle interruzioni di gravidanza con indicazione medica fu in Isvizzera nel 1942 di circa 1300—1500. Vien messo in rilievo il minimo numero di interruzioni in Germania dopo il 1935.

Nel cantone di Berna vennero presi in considerazione 248 casi, di cui 151, ossia il 61 %, accettati e 97, ossia il 39 %, rifiutati. La stessa percentuale si trovò nelle nubili, malgrado che in tali casi le indicazioni fossero in parte di altra natura. La popolazione urbana presenta una percentuale maggiore che non quella della campagna.

Infine si paragonano i casi del cantone di Berna colle opinioni medice oggi predominanti e si trova che i periti bernesi si sono tenuti a regole valide e che la loro procedura ha fatto buona prova.

Paragonato con i vecchi regolamenti l'articolo 120 C. P. S. significa per la Svizzera sotto ogni rapporto un progresso

enorme per quanto riguarda il problema della interruzione di gravidanza.

Literaturverzeichnis.

Einleitung.

Heilbronn, S.: Münch med. Wschr. 1931, 70. — *Hüssy, P.:* Im Handwörterbuch der gerichtlichen Medizin von v. Neureiter, Pietrusky und Schütt, Berlin, 1940, 480—493. — *Labhardt, A.:* Schweiz. med. Wschr. 1943, 20. — *Löffler, W.:* Helv. med. Acta 2, 645 (1935). — *Mayer, A.:* Erfahrungen mit der Freigabe der Schwangerschaftsunterbrechungen in der Sowjetrepublik, Stuttgart, 1933. — *Philipp, E.:* Zbl. Gynäk. 1940, 225. — *Schneider, H.:* Die Begutachtung der Schwangerschaftsunterbrechungen, Diss. Bern, 1942. — *Winter, G.* und *Naujoks, H.:* Der künstliche Abort, Stuttgart, 1932.

Rechtliches.

Becker, W.: Med. Welt, 1938, 463. — *Code pénal français* Paris, 1918. — *Duvoir, M.* et *Hausser, G.:* Presse méd. 1940, Nr. 97/98. — *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* vom 14. Juli 1933 und die vierte Ausführungsverordnung zu diesem Gesetze vom 18. Juli 1935. — *Hesseltine, H. C., F. L. Adair* and *M. W. Boynton:* Amer. J. Obstetr. 39, 549 (1940). — *Kohlrausch, E.:* Das deutsche Strafgesetzbuch, Berlin, 1938. — *Lundborg, O.:* Sv. Läkertidn. 1938, 463—465. — *Schweiz. med. Wochenschrift* 1941, 182 (Umschau). — *Schweizerisches Strafgesetzbuch.* — *Schweizerisches Strafgesetzbuch,* Stenographische Verhandlungsberichte Frühjahr 1928—1937 des National- und Ständerates. — *Stadler, H.:* Richtlinien für die Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen, München, 1936. — *Steinwallner, B.:* Ärztl. Sachverständigenzeitung 44, 45 (1938). — *Stooß, K.:* Die kantonalen Strafgesetzbücher der Schweiz zur Vergleichung zusammengestellt von ...., Basel, 1890. — *Thormann* und *von Overbeck* Kommentar zum schweizerischen Strafgesetzbuch, Zürich, 1941.

Statistisches.

Labhardt, A.: Schw. med. Wschr. 1943, 20. — *Lauterwein, C.:* Zbl. Gynäk. 1943, 761. — *Philipp, E.:* Zbl. Gynäk. 1940, 225. — *Volkszählung,* Eidg. 1930, Eidg. Statist. Amt, Bern, 1942. — *Volkszählung,* Eidg. 1941 (1. Dez.), Eidg. Statist. Amt, Bern, 1942. —

I. Verdauungstraktus und Verdauungsdrüsen.

Bedandi, G.: Riv. ital. Ginec. 20, 517 (1937). — *v. Bergmann, G.:* Arch. Gyn. 161, 191 (1936). — *Gerdes, M. M.* and *Boyden, E. A.:* Proc. Soc. exp. Biol. a. Med. 35, 373 (1936). — *Hansen:* Zbl. Gynäk. 40, 2306 (1937). — *Hüssy, P.:* Die Schwangerschaft, Stuttgart, 1923. — *Puxeddu, E.:* Riv. ital. Ginec. 21, 517 (1937). — *Rupp, H.:* Med. Klinik I, 341 (1939). — *Schmieden, V.:* Arch. Gynäk. 161, 228 (1936). — *Spirito, F.:* Ann. Ostetr. 58, 1315. — *Vignes, H.:* Gebh. u. Frauenheilk. 1, 399 (1939). — Gebh. u. Frauenheilk. 1, 743 (1939). — *Winter, G.:* Die Indikationen zur künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung, Berlin, 1928. — *Wollesen, J. M.:* Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie, Bd. 137, H. 3.

II. Respirationstraktus.

Bortolucci, P.: Atti Soc. ital. Ostetr. 36, Suppl.-Nr. 3, 331 (1940). — *Schittenhelm, A.:* In Stadler's „Richtlinien", München, 1936. — *Seitz, L.:* Arch. Gynäk. 137, 535 (1929). — Stoeckels Lehrbuch der Geburtshilfe, Jena, 1941.

III. Nieren und Harnwege.

Blanc, H. et *Guérin, P.:* J. d'Urol. 33, 315 (1935). — *Crabtree, Granville, E.* and *Reid, D. E.:* Amer. J. Obstetr. 40, 17 (1940). — *Dieckmann, W. J.:* Amer. J. Obstetr. 32, 227 (1936). — *Dossola, A.:* Semana med. 1937 II, 1245. — *Dózsa, E.:* Z. urol. Chir. 32, 88 (1931). — *Heineck, A. P.:* Amer. J. Obstetr. a. Gynec. 6, Nr. 2, 191 (1923). — *Hundley jr., Mason, J.* und andere: Surg. etc. 66, 360 (1938). — *Ingiulla, W.:* Riv. ital. Ginec. 24, 125 (1940.— *Lindeboom, G. A.:* Nederl.Tijdschr. Geneesk. 1940, 4042. — *Löffler, W.:* Helv. med. Acta 2, 465 (1935). — *Peckham, C. H.:* Amer. J. Surg., N. s. 35, 325 (1937). — *Derselbe:* Amer. J. Obstetr. 30, 625 (1935). — *Philipp, E.:* Zbl. Gynäkl. 1937, 2549. — *Rossi, V.:* Arch. ital. Urol. 13, 232 (1936). — *Schittenhelm, A.:* in Stadler's „Richtlinien", München, 1936. — *Schwalm, H.:* Zbl. Gynäk. 1936, 2543. — *Schröter, H.:* Z. Urol. 31, 510 (1937). — *Seitz, L.:* Stoeckels Lehrbuch der Geburtshilfe, Jena, 1941. — *Stoeckel, W.:* Lehrbuch der Gebh., Jena, 1941. — *Winter, G.:* Die Indikationen zur künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung, Berlin, 1928.

IV. Blut und blutbildende Organe.

Forkner, C. E.: New internat. Clin. 2, N. s. 1, 29 (1938). — *Gradenwitz, E.:* Beitrag zur Kenntnis der Leukämie in der Gravidität und der angeborenen Leukämie, Diss., Basel, 1935. — *Grier, R. M.* and *Richter, H. A.:* Amer. J. Obstetr. 37, 412 (1939). — *Herrnberger, K.:* Zbl. Gynäk. 1939, 2309. — *Neumann, H. O.:* Zbl. Gynäk. 1930, 2443. — *Stoeckel, W.:* Lehrbuch der Gebh., Jena, 1941. — *Winter, G.:* Die Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft, Berlin, 1928. — *Zanela, S.:* Zbl. Gynäk. 1937, 763.

V. Geburtshilfe und Gynäkologie.

Baatz, H.: Dtsch. med. Wschr. 1939, II, 1341. — *Bayer, R.:* Zbl. Gynäk. 1940, 2055. — *Bromeis, H.:* Chirurg. 11, 662 (1939). — *Giovanni, St.:* Atti Soc. ital. Ostetr. 34, Suppl. Nr. 4, 711. — *Löffler, W.:* Helv. med. Acta 2, 472 (1935). — *Micale, G.:* Riv. ital. Ginec. 19, 141 (1936). — *Nölle, H.:* Chirurg. 12, 516 (1940). — *Rosenthal, A. H.:* Amer. J. Surg. N. s. 43, 142 (1939). — *Seebohm, J.:* Mschr. Krebsbekämpfung 6, 65 (1938). — *Smith, F. R.:* Amer. J. Obstetr. 34, 616 (1937). — *Stoeckel, W.:* Lehrbuch der Gebh., Jena, 1941.

VI. Schwangerschaftstoxikosen.

Battle, R.: Rev. franç. Gynéc. 33, 550 (1938). — *Biró, St.:* Arch. Gynäk. 162, 538 (1936). — *Bokelmann, O.:* Ther. Gegenw. 77, 170 und 220 (1936). — *Brandstrupp, E.:* Acta obstetr. scand. 19, 376 (1939). — *Dieckmann, W.:* Amer. J. Obstetr. 22, 351 (1931). — *Derselbe:* Surg. etc. 59, 678 (1934). — *Fitzgerald, J. E.* and *Webster, A.:* Amer. J. Obstetr. 36, 460 (1938). — *Guggisberg, H.:* J. kurse ärztl. Fortbildung 22, H. 7,

17 (1931). — *Heynemann, Th.:* Med. Welt 1938, 731. — *Kassebohm, F. A.* and *Schreiber, M. J.:* Amer. J. Surg., N. s. 36, 491 (1937). — *Klaften, E.:* Arch. Gynäk. 135, 651 (1929); ebenda 146, 386 (1931); ebenda 148, 43 (1932). — *Loose, F.* und *Schröder, C.:* Zbl. Gynäk. 1930, 967. — *Meng, M.:* Hyperemesis und Pyelitis gravidarum, Diss., Zürich, 1939. — *Naujoks, H.:* Ther. Gegenw. 81, 426 (1940). — *Pesce, C.:* Ginecologia 4, 15 (1938). — *Schjott-Rivers, E.:* Acta obstetr. scand. 18, Suppl.-H. 1 (1938). — *Derselbe:* Acta obstetr. scand. 19, 290 (1939). — *Schulz, G. K.:* Über das Rezidivieren der Hyperemesis gravidarum, Diss., Kiel, 1940. — *Seitz, L.:* in Stadler's „Richtlinien", München, 1936. — *Derselbe:* in Stoeckels Lehrbuch der Gebh., Jena, 1941. — *Siedentopf, H.:* Münchn. med. Wschr. 1934, II, 1122. — *Derselbe:* Berichte Gebh. u. Gynäk. 30, 209 (1936). — *Stadler, H.:* Wien. kl. Wschr. 1938, I, 427. — *Stoeckel, W.:* Lehrbuch der Gebh., Jena, 1941. — *Stroebe, F.:* Klin. Wschr. 1932, I, 495. — *Stroganoff, B.:* Verh. internat. Kongr. Geburtsh. 1, 81 (1938). — *Voron, J.* et *Pigeaud, H.:* Rev. franç. Gynéc. 31, 613 (1936). — *Dieselben:* Ginéc. et Obstetr. 34, 97 (1936).

VII. Zirkulationsorgane.

Balard, P., Mahon, R. et *Broustet, M. P.:* Gynéc. et Obstetr. 39, 466 (1939). — *Flaxman, N.:* Amer. J. Obstetr. 39, 814 (1940). — *Gorenberg, H.* and *McGleary, J.:* Amer. J. Obstetr. 41, 44 (1941). — *Hamilton, B. E.:* Amer. J. Surg. N. s. 35, 284 (1937). — *Hüssy, P.:* Die Schwangerschaft, Stuttgart, 1923. — *v. Jaschke,* R.: Arch. Gynäk. 92, 466 (1910); ebenda 166, 24 und 81 (1938). — *Jensen, J.:* J. Amer. med. Assoc. 107, 329 (1936). — *Derselbe:* Verh. internat. Kongr. Geburtsh. 2, 279 (1938). — *Lange, F.:* in Stadler's „Richtlinien", München, 1936. — *Lexer, E.* und *Eymer, H.:* ebenda. — *Matteace, F.:* Monit. ostetr.-ginecol. 13, 60 (1941). — *Maurizio, E.:* Atti Soc. ital. Ostetr. 32, 366 (1936). — *Michels, B.:* Schwangerschaft und Geburt bei Herzfehlern, Diss., Gießen, 1939. — *Naish, F. C.:* J. Obstetr. 44, 659 (1937). — *Roos, L.:* Ann. Obstetr. Suppl. Bd., 913 (1936). — *Schittenhelm, A.:* in Stadler's „Richtlinien", München, 1936. — *Seitz, L.:* in Stoeckels Lehrbuch der Gebh., Jena, 1941. — *Siedentopf, H.:* Med. Klin. 1938, II, 1058. — *Slámová, B.:* Berichte Gebh. u. Gynäk. 41, 525 (1940). — *Solomons, E.:* J. Obstetr. 44, 650 (1937). — *Stander, H. J.:* Amer. J. Obstetr. 36, 413 (1938). — *Stieglitz, E. J.:* Amer. J. Surg., N. s. 48, 36 (1940). — *Stoeckel, W.:* Lehrbuch der Gebh. Jena, 1941. — *Turino, T. R.* and *Antony, A. T.:* Amer. J. Surg., N. s. 41, 453 (1938). — *Vignes, H.:* Arch. Mal. Coeur 32, 478 (1939).

VIII. Chirurgie.

Coggi, C.: Ann. Ostetr. 62, 881 (1940). — *Lexer, E.* und *Eymer, H.:* in Stadler's „Richtlinien", München, 1936. — *Seitz, L.:* in Stoeckels Lehrbuch der Geburtsh., Jena, 1941. — *Streckenbach:* Med. Klin. 1938, II, 899. — *Winter, G.:* Die Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft, Berlin, 1928.

IX. Drüsen innerer Sekretion.

Antoine, T.: Wien. klin. Wschr. 1938, II, 1045. — *Bompiani, R.:* Atti Soc. ital. Ostetr. 33, 445 und 548 (1937). — *Heynemann, Th.:* Z. Geburtsh. 111, 149 (1935). — *Hoffmann, F.:* Berichte Gebh. u. Gynäk.

35, 1 (1937). — *Hurwitz, D.* and *Irving, F.C.:* Amer. J. med. Science 194, 85 (1937). — *Javert, C.T.:* Amer. J. Obstetr. 39, 954 (1940). — *Kramer, D.W.:* Amer. J. Obstetr. 30, 68 (1935). — *Kraus, J.:* Med. Klin. 1936, I, 375. — *Labbé, M.* et *Gilbert-Dreyfus:* Gynéc. et Obstétr. 32, 7—54 (1935). — *Lévy-Solal:* Paris méd. 1940, II, 339. — *Rübsamen, W.:* Arch. Gynäk. 98, 268 (1912). — *Santomauro, U.:* Rass. Ostetr. 45, 419 (1936). — *Schittenhelm, A.:* in Stadler's „Richtlinien", München, 1936. — *Seitz, L.:* in Stoeckels Lehrbuch der Gebh., Jena, 1941. — *Sundelin, G.:* Nord. med. Tidskr. 1938, 1239. — *Titus, R.:* Amer. J. Obstetr. 33, 386 (1937). — *Tonkes, E.:* Zbl. Gynäk. 1938, 1265. — *Wegelin, C.:* Henkel-Lubarschs Handbuch der Pathologie 8. — *White, P.:* Surg. etc. 61, 324 (1935). — *Derselbe:* Amer. J. Obstetr. 33, 380 (1937). — *Winter, G.:* Die Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft, Berlin, 1928.

X. Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Mayr, K.: in Stadler's „Richtlinien", München, 1936.

XI. Augenkrankheiten.

Brückner, A. und *Meisner, W.:* Grundriß der Augenheilkunde, Leipzig, 1929.

XII. Neurologie.

Andrioli, I.: Atti Soc. ital. Ostetr. 34, Suppl.-Nr. 2, 243 (1938). — *Bumke, O.:* in Stadler's „Richtlinien", München, 1936. — *Fleck, U.:* Allg. Z. Psychiatrie 109, 9 (1938). — *Löffler, W.:* Helv. med. Acta 2, 465 (1935). — *Seitz, L.:* in Stoeckels Lehrbuch der Gebh., Jena, 1941. — *Stoeckel, W.:* ebenda. — *Tüscher, H.:* Zbl. Gynäk. 1939, 310. — *Winter, G.:* Die Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft, Berlin, 1928.

XIII. Psychiatrie.

Binder, H.: Die uneheliche Mutterschaft, Bern, 1941. — *Brunner, C.:* Helv. med. Acta 4, 131 (1937). — *Bumke, O.:* in Stadler's „Richtlinien", München, 1936. — *Coggi, C.:* Ann. Ostetr. 58, 439 (1936). — *Derselbe:* Arte ostetr. 52, 201 (1936). — *Klaesi, J.:* Klinische Vorlesungen. — *Maier, H.W.:* Helv. med. Acta 2, 456 (1935). — *Meyer, E.:* Zbl. Gynäk. 45, Nr. 16 (1921). — *Schneider, H.:* Die Begutachtung der Schwangerschaftsunterbrechungen, Diss., Bern, 1942. — *Stoeckel, W.:* Lehrbuch der Gebh., Jena, 1941.

XIV. Oto-Rhino-Laryngologie.

Neumayer, H.: in Stadler's „Richtlinien", München, 1936. — *Stoeckel, W.:* Lehrbuch der Gebh., Jena, 1941. — *Winter, G.:* Die Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft, Berlin, 1928.

XV. Lungentuberkulose.

Behr, C.H.: Beitr. Klin. Tbk. 88, 62 (1936). — *Braeuning, H.:* Tuberkulose und Schwangerschaft, Leipzig, 1935. — *Brindeau, A.:* Bull. Soc. belge Gynéc. 13, 108 (1937). — *Derselbe:* Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, III, s. 51, 478 (1935). — *Bühler, K.* und *Zettel, H.:* Münch. med. Wschr. 1938, 1749. — *Castelli, A.:* Ann. Ostetr. Suppl.-Bd., 865 (1936).

Castlen, Ch. R.: Amer. Rev. Tbc. 34, 340 (1936). — *Chatillon, F.:* Rev. franç. gynéc. 34, 552 (1939). — *Consoli, D.:* Atti Soc. ital. Ostetr. 33, Suppl.-Nr. 3, 254 (1937). — *Dauwe, O.:* Bull. Soc. belge Gynéc. 13, 158 (1937). — *Deist, H.:* Med. Welt 1939, 775. — *Dumarest, F.* et *Leonardi, Ch.:* Bull. méd. 1936, 487. — *Hangleiter, H.:* Beitr. Klin. Tbk. 94, 145 (1939). — *Lorenzetti, F.:* Ginecologia 5, 75 (1939). — *Derselbe:* Atti Soc. ital. Ostetr. 35, Suppl.-Nr. 3, 255 (1939). — *Lydtin, K.:* in Stadler's „Richtlinien", München, 1936. — *Matthews, H. B.:* Amer. J. Surg., N. s. 35, 293 (1937). — *Menge, C.:* Münch. med. Wschr. 1930, 2, 1330. — *Schmidt-Lange, W.:* Arch. f. Hyg. 115, 221 (1936). — *Schultze-Rhonhof* und *Hansen:* Erg. Ges. Tbk.-Forschg. 3. — *Seitz, L.:* in Stoeckels Lehrbuch der Gebh., Jena, 1941. — *Sorgo, J.:* Wien. med. Wschr. 1939. — *Young, J.:* Brit. med. J., Nr. 3954, 749 (1936).

XVI. Tuberkulosen anderer Organe.

Andrioli, I.: Ann. Ostetr. 60, 627 (1938). — *Derselbe:* Atti Soc. ital. Ostetr. 34, Suppl.-Nr. 3, 401 (1938). — *Brückner, A.* und *Meisner, W.:* Grundriß der Augenheilkunde, Leipzig, 1929. — *Howard, T. L.:* J. of Urol. 35, 160 (1936). — *Hüssy, P.:* Die Schwangerschaft, Stuttgart, 1923. — *Ingiulla, W.:* Riv. ital. Ginec. 24, 125 (1940). — *Lexer, E.* und *Eymer, H.:* in Stadler's „Richtlinien", München, 1936. — *Lissack, E.:* Amer. J. Obstetr. 39, 854 (1940). — *Scherer, H.:* Schw. med. Wschr. 1941, 1075. — *Schittenhelm, A.:* in Stadler's „Richtlinien", München, 1936. — *Schröder, G.:* Hippokrates 1939, 897. — *Schröter, H.:* Z. Urol. 31, 810 (1937).